

Ergebnisse der Radikaloperation böartiger Oberkiefergeschwülste

**Statistische Beiträge auf Grund des Krankenmaterials
der Kieferstation des Allgemeinen Krankenhauses der
Stadt Linz O.-O. aus den Jahren 1946 bis 1960.**

Horst Liemer

1961

AUS DER KLINIK FÜR ZAHN-, MUND- UND KIEFERKRANKHEITEN
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. Dr. J. Heiss

Ergebnisse der Radikaloperation böartiger Oberkiefergeschwülste

Statistische Beiträge auf Grund des Krankenmaterials
der Kieferstation des Allgemeinen Krankenhauses der
Stadt Linz O.-O. aus den Jahren 1946 bis 1960.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Horst Liemer
aus Friedland

München 1961

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Professor Dr. Dr. J. HEISS
Dekan: Professor Dr. W. SEITZ

Tag der mündlichen Prüfung: 21.11.61



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Einleitung	5
2. Allgemeine Vorbemerkungen	5
3. Krankengeschichten	7
4. Vorbemerkung zur statistischen Auswertung	51
5. Statistische Auswertungen	51
6. Vergleichende Literatur	57
7. Zusatz zu Vergleichsliteratur	61
8. Zusammenfassung	62
9. Literatur	63
10. Lebenslauf	66



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555620_0034

EINLEITUNG

Ziel vorliegender Arbeit ist es, an Hand einer Statistik dem Kliniker Unterlagen zur Prognose der Oberkiefer-Blastome zu geben. Benutzt wurde dazu das Krankenmaterial der Kieferstation des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Linz/Donau, die von Herrn Prof. Dr. Otto Hofer geleitet wird. Die Untersuchungen erstreckten sich über das Krankengut von den Jahren 1946 bis Herbst 1960. Es sollen dabei auch die entsprechenden Krankengeschichten auszugsweise in Druck gebracht werden, um dem Interessierten das Nachstudium der einzelnen Fälle zu ermöglichen. Insgesamt wurden 50 Krankengeschichten erfasst und ausgewertet. Vor der eigentlichen Statistik soll kurz auf die Erscheinungsbilder der einzelnen Karzinomlokalisationen der Mundhöhle eingegangen werden, um dadurch die einzelnen Symptome nochmals in Erinnerung zu bringen.

Im Anschluss daran werden die speziellen statistischen Auswertungsergebnisse wiedergegeben. Hinsichtlich der postoperativen Rezidivfreiheit, die für die Sanierung der Patienten angenommen wird, hielten wir uns an die modernen Vergleichsarbeiten, die diesen Interwall mit 3 und 5 Jahren angeben.

Daran schliesst sich die Anführung der Vergleichsstatistiken.

Zum Schluss werden die Behandlungsergebnisse nochmals in kurzen Zügen festgehalten.

ALLGEMEINE VORBEMERKUNGEN

Die folgenden Ausführungen und Bemerkungen sind im Wesentlichen dem Lehrbuch: "Die klinische Zahnheilkunde und ihre Grenzgebiete" (Autor P.P. Kranz) entnommen.

Sie sollen noch einmal den Aufbau, das Wesen der Karzinome und die Lokalisationsorte in der Mundhöhle und die Erleichterung der Diagnosestellung bezwecken.

Das Karzinom ist eine bösartige epitheliale Geschwulst und zwar eine organoide, weil sie aus Parenchym und Stroma besteht. Sein Parenchym baut sich auf aus embryonalem Epithel, den Abkömmlingen des inneren und äusseren Keimblattes, aus dem Deckepithel der Haut und der Schleimhaut oder dem Drüsenepithel. Das Stroma oder Stützgerüst ist mesenchymalen Ursprungs. Sein Aufbau ist gekennzeichnet durch das netzförmige Balkenwerk. Überwiegt das Stroma, so ist der Tumor hart, überwiegt das Parenchym, so ist er weich. Das Wachstum der Karzinome ist vorwiegend infiltrierend. Charakteristisch ist das selbständige Vordringen in die umgebenden Bindegewebe. Dabei werden benachbarte Gewebe weitgehend zerstört.

Da die Karzinome nur von epithelführenden Gewebsschichten ausgehen können, sind primäre Knochenkarzinome selten und kommen nur dann vor, wenn sich

im Knochen Epithelreste befinden. Zunächst ist einmal bei Karzinomen, sofern sie von der Oberfläche ausgehen, eine Verhornung oder Verdickung der Epithelschicht sichtbar. Verwischung des stratum spinosum und Verlust des zylindrischen Basalstratums sind die ersten charakteristischen Anzeichen. Durch die vermehrte Zellteilung wird das nachbarlich gesunde Gewebe rasch verdrängt und zerstört. Ist in den krebsigen Epithelsträngen das stratum comeum vorherrschend, so sieht man innerhalb der Krebszapfen geschichtete Hornmassen. Wo der Tumor an die Oberfläche kommt und über die normalen Schichten hinauswächst, besteht sein Stroma nur noch aus neu hinzugebildetem Bindegewebe.

Zum Vordringen bevorzugen die Karzinomzellen ganz besonders die Lymphbahnen. Dadurch entstehen die Metastasen. Durch die schmerzlose Verhärtung und Vergrößerung der Lymphknoten werden diese bald der Palpation zugänglich.

Die Karzinome wachsen oft als knollige Masse über die Oberfläche hinaus und zerfallen in die Mitte kraterartig. Das so entstandene Geschwür weist nun meist wallartig erhabene Ränder auf. Weissgelbe Epithelnester heben sich allenthalben vom Stroma ab.

Bei der Besprechung der einzelnen Mundhöhlenkarzinome steht an erster Stelle das

Lippenkarzinom. Dieses stellt sich makroskopisch wie in den vorher besprochenen Ausführungen dar. Differentialdiagnostisch zu erwähnen sind das Dekubitalgeschwür, das jedoch nach Beseitigung der Ursachen spontan abheilt. Ein eventueller primärer luischer Affekt wird meist durch das Alter der Patienten ausgeschieden. Ebenso stellt sich das

Karzinom der Mund- und Wangenschleimhaut dar. Differentialdiagnostisch auszuschalten sind dabei ulzerierende Gingivitiden, Schlotterkämme mit offenen Gewebsbahnen.

Das **Mundbodenkarzinom** nimmt seinen Ursprung meist in der Gegend des Frenulums oder am **Zungengrund**. Durch die aussergewöhnlich gute Lymphversorgung dieser Region kommt es bald zu einer weitgehenden Verschleppung dieser Erkrankung. Operativ ist das Mundbodenkarzinom das am schwierigsten zu beeinflussende.

Das **Zungenkarzinom** tritt mit Vorzug an der hinteren Partie der Zunge auf. Auf Grund seiner vorerst schmerzlosen Ausbreitung setzt es in vielen Fällen Metastasen. Der Ausbreitungsweg des Neoplasmas geht meist in Richtung Gaumenbögen und Tonsillen. Differentialdiagnostisch in Frage kommen:

Das **Gumma**: Dieses hat jedoch keine Drüsenbeteiligung.

Die **Tuberkulose**: Diese hat ebenfalls keine Drüsenbeteiligung.

Sarkomatöse Wucherungen scheiden meistens durch das Alter der Patienten aus.

Das **eigentliche primäre**

Kieferkarzinom ist auf Grund des seltenen Vorkommens von Epithelnestern im Knochen äusserst selten anzutreffen. Vielmehr kommt es im Anschluss an Schleimhautkarzinome meist zur Destruktion des darunterliegenden Knochens. Röntgenologische Untersuchungen lassen derartige Prozesse erkennen.

Das Kieferhöhlenkarzinom erinnert röntgenologisch an eine Affektion der Kieferhöhle im Sinne einer chronischen eitrigen Sinusitis. Für die dabei meist auftretenden stumpfen Schmerzen werden häufig Zähne des Oberkiefers angesehen und wahllos Extraktionen vorgenommen. In der weiteren Entwicklung der Kieferhöhlenkarzinome tritt eine Verstreichung der Nasolabialfalte ein, der Bulbus büst seine Beweglichkeit ein und es entstehen störende Doppelbilder. Im Anschluss daran kommt es oftmals zu einer eitrig blutigen Sekretion aus der Nase und zum Durchbruch des Tumors in die Mundhöhle.

Differentialdiagnostisch muss bei solchen Krankheitsbildern an Sarkome, Adamantinode, Gummata, Tuberkulose, Aktinomykose und infizierte Zysten gedacht werden.

KRANKENGESCHICHTEN

Im folgenden Abschnitt werden nun die Krankengeschichten in gekürzter Form wiedergegeben, die der späteren Statistik, Einteilung hiezu auf Seite 51, als Grundlage dienen. Es handelt sich dabei nicht um die vollständige Wiedergabe der Krankenblätter, vielmehr wurden die Punkte berücksichtigt, die bei der Auswertung bearbeitet werden sollten. Von vornherein wurden nur operierte Patienten in die Statistik aufgenommen. Postoperative Bestrahlungsbehandlungen und deren Erfolge konnten nur bedingt nachkontrolliert werden, da diese vielfach in anderen Kliniken und Instituten durchgeführt wurden. Die Krankengeschichten der in den Jahren 1958-60 operierten Patienten sollen auch in gekürzter Form angeführt werden, obwohl sie bei der Auswertung der postoperativen Rezidivfreiheit von 3 bzw. 5 Jahren nicht mit einbezogen werden konnten. In den anderen statistischen Punkten wurden sie jedoch berücksichtigt. Die Nummern zu Beginn der einzelnen Krankengeschichten beziehen sich auf die Einreichungsnummer des Archivs der Kieferstation des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Linz.

FALL 1

Name: Hiessl Franz

geb.: 22.9.1891

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 55 a

Operationsjahr: 25.10.46

Krankengeschichte: 107

Anamnese: Seit einem halben Jahr zunehmende Schwellung im rechten Oberkiefer, mässig harte Konsistenz, Oberfläche etwas zerklüftet, mässige Ulceration. Einige harte submandib. Drüsen.

Röntgen: Stark verschattete rechte Kieferhöhle mit intaktem Orbitalber.

Operation: Schnitt Weber-Dieffenbach. Durchmeisseln des proc. frontalis und des proc. alveolaris. Inspektion der unteren und mittleren Nasenmuscheln, der intakten Nebenhöhlen und der Keilbeinhöhlen. Ligatur der art. max. interna. Thierschung des Wangendefektes mit Oberarmhaut.

Diagnose: Verhohendes Plattenepithelca. des Gaumens.

Prothet. Versorgung: Zweiteiliger Resektionskloss, der im Jahre 1952 erneuert wird, ebenfalls wieder 2-teilig. Im Jahre 1957 wird der Kloss zu einem einteiligen umgebaut.

Nachbehandlung: Keine Drüsennachbehandlung, keine Bestrahlungen.

Nachuntersuchung: Völlig normale Resektionshöhle, (20.6.60) frei von suspektem Gewebe. Bulbus auf gleicher Höhe, Augen frei beweglich. Keine patholog. Drüsen.

Patient ist seit der Operation beschwerdefrei und wurde saniert.

Totale obere und untere Prothese.

FALL 2

Name: Kalinowsky Katharina

geb.: 1907

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 47 a.

Operationsjahr: 1947

Krankengeschichte: 130

Anamnese: Angeblich eine seit 5 Monaten sich rasch vergrössemde Schwellung am Alveolarfortsatz rechter Oberkiefer.

stat. localis: Derbe Geschwulst auf dem rechten Oberkieferfortsatz mit Lockerung der Zähne 4 3 2.

Röntgen: Nebenhöhlenaufnahme zeigt keine patholog. Veränderungen. Seitliche Oberkieferaufnahme zeigt eine Destruktion des Alveolarfortsatzes.

Ausgang: Alveolarfortsatz.

Operation: Typische Oberkieferresektion.

Diagnose: Reichlich atypisch angeordnete Drüsen, zum Teil in nestförmiger Anordnung. Diagnose: Adenokarzinom.

Prothet. Versorgung: Einteilige Resektionsprothese.

Nachbehandlung: Keine besondere. Heilung pp. Keine Drüsen.

Letzte Vorstellung der Patientin 17.12.1947.

Auf Grund einer Mitteilung ist die Patientin verzogen. Keine neue Adresse zu erhalten.

FALL 3

Name: Mittermayer Franz
 geb.: ?
 Geschlecht: männlich
 Alter bei der Operation: 73 a.
 Operationsjahr: 1947
 Krankengeschichte: 151

Anamnese: Seit etwa 3 Jahren eine in der fossa canina gelegene subcutane Geschwulst, die keine weitere Beachtung fand. Vor einigen Wochen bekam der Patient Zahnfleischbluten im buccalen Anteil des rechten Oberkiefers und ging in ein Krankenhaus. Von dort Verlegung zu uns.

stat. loc.: Die rechte Wangenseite ist leicht aufgetrieben, die fossa canina entsprechend vorgewölbt. Am Alveolarfortsatz quillt aus einer Schleimhautdehiscenz tumorartiges Gewebe. Ein Durchbruch des Tumors in die Nase ist nicht feststellbar.

Röntgen: Nicht feststellbar.

Ausgang: K.H.

Operation: Resektion des rechten Oberkiefers mit Belassung des orbitalen Anteils.

Diagnose: Nicht feststellbar.

Prothet. Versorgung: Nicht einsehbar.

Nachbehandlung: 3 Wochen nach der Operation wird der Patient zum Zwecke einer prothet. Korrektur mit der Rettung eingeliefert, da er des öfteren kollabiert. Erholt sich rasch und wird wieder aus der stat. Behandlung entlassen.

Exitus: 27.11.1947 an Kachexie. Exitus 2 1/2 Monate nach der Operation.

FALL 4

Name: Auracher Cäcilia

geb.: 1880

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 68 a.

Operationsjahr: 1948

Krankengeschichte: 8

Anamnese: **nicht zu eruieren.**

Stat. loc.: Die rechte Wange, insbesondere die fossa canina, vorgewölbt. Vestibulär entsprechende Vorwölbung. Submandib. Drüse rechts.

Röntgenbefund: Verschattung der rechten Kieferhöhle, rechte seitl. Nasenwand vorgewölbt, Orbitalrand erhalten.

Ausgang: K.H.

Operation: Typische Oberkieferresektion mit 1 monatlicher postoperativer Pause und anschliessender Drüsenausräumg. Dabei Ligieren der Carotis-externa.

Nachbehandlung: Postoperatives Auftreten eines Erysipels und Deckung eines Wangendefektes mittels Stirnhautlappens.

Letzte Patientenvorstellung 1953, dabei keinerlei Drüsen und suspektes Gewebe in der Op. Höhle.

Exitus letalis: 16.6.58 (10 Jahre post O.P.)

Todesursache: (Altersschwäche-Kachexie.)

FALL 5

Name: Hartl Franz

geb.: 8.5.1899

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 49 a.

Operationsjahr: 1948

Krankengeschichte: 61

Anamnese: Seit 3-4 Monaten bemerkt der Patient in der Gegend links oben 3 einen Schmerz, ähnlich einem Zahnschmerz. Die bei einem HNO-Arzt angefertigte Röntgenaufnahme zeigte ein verschattetes Bild der linken Kieferhöhle. Die Kieferhöhle wurde 12! mal punktiert, es entleerte sich immer stinkendes Sekret. Anschliessend Luc-Caldwell-op. Ergab, dass sich am Kieferhöhlenboden tumorartige Massen befanden. Der histologische Befund ergab ein Pla. ca. An die hiesige Station überwiesen. Nach der Operation hatte der Patient noch ein

- Erysipel, das nun abgeklungen ist.
- stat. loc.: Die Kieferhöhle von buccal in der Gegend 2-4 li. oben eröffnet. Keine Sehstörungen, keine Protrusio. Von aussen kein pathologischer Tastbefund.
- Röntgen: Zeigt den fehlenden Knochen der Kieferhöhle und eine geringer strahlendurchlässige Schicht am Kieferhöhlenboden, die vom Tumor stammt. Orbitaler Anteil intakt. Siebbeinzellen verschattet.
- Operation: Resektion des linken Oberkiefers mit Durchtrennung des proc. zygomaticus und teilweiser Resektion des rechten Nasenseptums. Unterbindung der Art. maxillaris. Thierschung der Wundfläche vom Oberarm.
- Diagnose: Plattenepithelcarcinom mit Ausgang von der Kieferhöhle.
- Proth. Versorgung: 2teilige Oberkieferresektionsprothese.
- Nachbehandlung: Patient stand bis 1952 in ambulanter Kontrolle. Dabei konnte seit der Operation submandibulär links eine bohngengrosse, stets gleichgrosse Drüse festgestellt werden. 1955 stand der Patient wegen einer bronchiektasia inflammata in Behandlung. Keine Metastasen und Rezidive bei der entsprechenden Untersuchung auffindbar.

Nachuntersuchung: 11.7.60

Völlig glatt epithelisierte Resektionshöhle, keinerlei verdächtige Stellen und Drüsen. Linker bulbus ist tiefer als der rechte. Visus normal. Enophthalmus links. Prothese 2 teilig. Obere und untere Prothese total.

FALL 6

Name: Gintersdorfer Franz
 geb.: 1.12.1904
 Geschlecht: männlich
 Alter bei der Operation: 44 a.
 Operationsjahr: 1948
 Krankengeschichte: 669

- Anamnese: Seit einem halben Jahr im linken Oberkiefer eine zunehmende Schwellung. Gegend li. o. 5-6. Keine nennenswerten Schmerzen. Die entsprechenden Zähne wurden bereits vor 20 Jahren extrahiert.
- stat. localis: In der Gegend 5-6 eine deutliche vestibuläre Vorwölbung, die eine Cyste darstellen könnte.
- Röntgen: Nebenhöhlenaufnahme zeigt geringe Verschattung der linken Kieferhöhle mit zackiger Ausfranzung der lateralen Wand.

Ausgang: Kieferhöhle.

Operation: Es wird eine Probeinspektion der Kieferhöhle vorgenommen und ein Teil der Kieferhöhlenschleimhaut durch einen Schnellschnitt diagnostiziert. Ergebnis: Nicht verhornendes Plattenepithelca. Anschliessende Oberkieferradikaloperation.

Prother. Versorgung: Wahrscheinlich 2 teiliger Kloss.

Nachbehandlung: 3 Monate nach der Resektion wird eine kirschgrosse, präaurikulare Drüse entfernt. Guter Prothesensitz. Das verdächtige Auftreten einer Konjunktivitis veranlasst, den Patienten auf der Augenabteilung vorzustellen: Ausgedehntes Rezidiv in der linken Augenhöhle mit Verdrängung des Bulbus nach oben und lateral. Empfehlen Exentration des Auges. Diese wird durchgeführt und ein bestehender Wangendefekt gleichzeitig mit einer Stirnrollplastik gedeckt. Entlassung des Patienten.

Nachuntersuchung am 29. 7. 60. Patient trägt noch immer die erste, 2 teilige Resektionsprothese, die bei der Operation einer partiellen oberen Prothese entsprach. In der Zwischenzeit einige Extraktionen im Oberkiefer und dadurch schlechter Sitz der Prothese. Lokal keine Veränderungen. Keinerlei Drüsen.

FALL 7

Name: Pichler Karl

geb.: 26. 1. 1891

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 57 a.

Operationsjahr: 1948

Krankengeschichte: 933

Anamnese: Seit kurzer Zeit Schmerzen in der Gegend der oberen Molaren rechts. Kieferhöhlenpunktion verlief negativ. Auftreten einer Schwellung und Doppelbilder rechts.

Stat. localis: Im rechten Oberkiefer eine faustgrosse Schwellung, die sich vom Jochbogen bis in die Gegend des rechten oberen 3er erstreckt. Entwicklungsrichtung aus der lat. Kieferhöhlenwand. Haut darüber ist unverändert. Schwellung zeigt eine Fluktuation. Am Alveolarfortsatz in der Gegend re. oben 8 ein markstückgrosses ulcus mit einer Fistel, aus der sich bei Druck Eiter entleert. Drüse vor dem rechten Kieferwinkel und in der Mitte des musc. stemokl.

Röntgen: Auf der Jochbogenaufnahme sieht man eine völlige Destruktion der lateralen rechten Kieferhöhlenwand und eine Destruierung des orbitalen Teiles des os cygom.

Operation: Schnitt nach Weber-Diefenbach mit Verlängerung des infraorbitalen Hautschnittes bis in die Nähe des Kiefergelenkes. Nach Mobilisierung des Oberkiefers und Resektion desselben einschliesslich des proc. pterygoideus zeigt sich, dass der Tumor schon bis in die Orbita eingedrungen ist. Es wird deshalb das rechte Auge exentriert. Excision des rechten Tarsus und Vernähung mit dem Unterlid. In der Wange papierdünne Haut, die durch Excision entnommen wird und primär verschlossen wird.

Diagnose: Wenig verhornendes Plattenepithelcarcinom, ausgehend v. d. KH.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Obturator.

Nachbehandlung: Prophylaktische Röntgenbestrahlung der Operationshöhle mit 4 Bestrahlungen. Aufgehen der Wangennaht und Entstehen einer Dehiscenz, die später noch plastisch gedeckt werden soll. Suspekter erbsgrosse ulceröse Veränderung an der Wurzel des Flügelfortsatzes, wird mit Radium bestrahlt. Gleichzeitig Deckung des Wangendefektes. Lappen aus der Stirngegend. Nochmals 2 malige Radiumeinlage. Kurze Zeit nachher liegt die Dura ein kleines Stück frei. Deutliche Pulsation. Patient wird zeitweilig irre. An der Ra. bestrahlten Stelle nun 3 nebeneinanderliegende ulcera.

Exitus letalis: Linsengrosses Rezidiv im Gehirn. Todesursache: Hochgradige Kachexie. 9 Monate nach der Operation.

FALL 8

Name: Schachner August

geb.: 31.5.1894

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 54 a.

Operationsjahr: 1948

Krankengeschichte: 1154

Anamnese: Seit 8 Wochen schlechte linke Nasenatmung. Keine Sekretion.

Stat. localis: Keine äusseren Veränderungen, Ebenso intraoral. Submandibulär links eine kleine Drüse.

Röntgen: Li. KH. deutlich verschattet, Knochenkontur erhalten, Orbitalböden an einer Stelle scheinbar unterbrochen.

Operation: Resektion des Ok. li.

Diagnose: Nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom.

Ausgang: K.H.

Nachbehandlung: Keine Komplikationen im Anschluss an die Resekt. Lediglich eine Kieferklemme, die durch narbige Züge bedingt sein dürfte. Eine später auftretende Dehiscenz unter dem Augenlid wird plastisch

gedeckt, 3 Monate nach der Op. Auftreten eines suspekten Gewebes in der Höhle. Histologische Untersuchung ergibt: Nicht verhornendes Plattenepithelca. 3/4 Jahr nach der Operation schmilzt die submandibuläre Drüse ein und der Patient leidet unter hochgradiger Kachexie.

Exitus letalis: 3/4 Jahr nach erfolgter Op. Todesursache: Kachexie.

FALL 9

Name: Hametner Karl

geb.: 2.10.1882

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 67 a.

Operationsjahr: 1949

Krankengeschichte: 1498

Anamnese: Seit 4 Monaten veränderte Nasenatmung.

Stat. localis: Enoral keine Veränderung. Der linke Nasengang ist durch einen Tumor völlig verlegt. Durch die Vorwölbung gegen das rechte Nasenloch geringe Freiheit des rechten Nasenloches und auch rechts erschwerte Nasenatmung.

Röntgen: Ausgedehnte Verschattung, die vom Nasenseptum bis zum Jochbogenkörper links reicht. Die Knochenbildung des Orbitalbodens scheint usuriert, ebenso die vordere Begrenzung des Jochbogens. Die laterale Kieferhöhlenwand ist auf weite Strecken unterbrochen.

Operation: Resektion des Oberkiefers bis zur Orbita.

Diagnose: Krebsig entartetes Pappilom.

Ausgang: K. H.

Prothet. Versorgung: 2 teilige Oberkieferresektionsprothese.

Nachbehandlung: 4 Monate nach der Op. typische Drüsenausräumung links. Histologischer Befund: Medulläres, nicht verhornendes Plattenepithelca.

Letzte Vorstellung 1954: Keine Drüsen, Kein Rezidiv.

Laut Mitteilung der Heimatgemeinde Exitus.

Exitus let. am 23.4.1954 an Urämie.

FALL 10

Name: Pahl Johann
 geb.: 20.2.1887
 Geschlecht: männlich
 Alter bei der Operation: 62 a
 Operationsjahr: 1949
 Krankengeschichte: 1811

Anamnese: Vor 6 Wochen entstand ein Geschwür unter dem linken Auge. In einem anderen Krankenhaus sollte eine Bestrahlung durchgeführt werden. Verlegung zu uns. Weiter klagt der Patient über Schmerzen hinter dem linken Ohr. Vor einem Jahr floss aus dem linken Ohr Eiter.

Stat. loc.: Vom äusseren Lidwinkel links bis zum Nasenrücken befindet sich ein handtellergrosses Ulcus. Auge verschlossen. Enoral ist die Schleimhaut unverändert.

Röntgen: Beide Kieferhöhlen sind verschattet. Der linke Infraorbitalrand ist zerstört.

Operation: In Lokalan. wird der ganze linke Oberkiefer bis in die Höhe der Orbita reseziert. Ebenso der linke Kronenfortsatz. Während der Operation kommt es zu einer Eröffnung der Dura, die mit einer Jodoformgazetamponade bedeckt wird.

Diagnose: Nicht zu eroieren.

Ausgang: K. H. (Kieferhöhle)

Prothet. Versorgung: Nicht in der Krankengeschichte angegeben.

Nachbehandlung: Der Patient ist übererregt. Oftmalige L. punktionen und Bluttransfusionen. Intralumbal Penicillin.

Exitus letalis: 3 Wochen nach der Operation. Obduktion: Duraöffnung verschlossen. Todesursache: Hirnödem und chron. Meningitis.

FALL 11

Name: Schuster Friedrich
 geb.: 1.6.1898
 Geschlecht: männlich
 Alter bei der Operation: 51 a.
 Operationsjahr: 1949
 Krankengeschichte: 1959

Anamnese: Seit 6 Wochen bemerkt der Patient ein Geschwür in der linken Tubergegend. Keine Schmerzen, keine nasale Sekretion.

stat. praes.: Gegend des linken Tubers und der Molarenbereich der linken Kieferhälfte geschwunden, stattdessen ein ulcus mit schmierigem Rand, leicht blutend, unter dem Unterkieferast eine ca. pflaumengrosse Drüse. Am hinteren Halsdreieck 2 kleinere Drüsen.

Röntgen: Diffuse Verschattung der linken Kieferhöhle, ohne Mitbeteiligung der orbitalen Gegend. Linke Stimhöhle ebenfalls verschattet.

Operation: Weber-Dieffenbach, Durchtrennung des Jochbeines, Durchmeisseln des lateralen Orbitalbogens, Durchmeisseln des proc. frontalis, Gaumen bis zum Nasenboden durchtrennt, Durchtrennung des Flügelfortsatzes, Resektion der unteren Nasenmuschel. Siebbeinzelleninspektion zeigt normale Verhältnisse. Thierschung der Wange.

Diagnose: Wenig verhomendes Plattenepithelcarzinom, ausgehend von der Kieferhöhle.

Prothet. Versorgung mit Prothese.

Nachbehandlung: Mässige Konjunktivitis links, Auftreten einer parotitis, die jedoch beide abklingen. Nach 6 Monaten Auftreten eines osteolytischen Prozesses im Bereich der cervikalen Halswirbelkörper. Soll bestrahlt und mit Korsett gestützt werden.

Exitus am 20.10.1949.

FALL 12

Name: Stöckler Eduard

geb.: 27.2.1904

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 45 a.

Operationsjahr: 1949

Krankengeschichte: 3083

Anamnese: Seit etwa 3 Wochen mässige Schmerzen im rechten Oberkiefer. Seit 14 Tagen bemerkt der Patient auch eine zunehmende Schwellung im rechten Oberkiefer.

stat. loc.: Rechte Wange leicht vorgewölbt, enoral ist die Schleimhaut rechts entzündlich verändert. In der Gegend re. o. 7 ein Zerfallskrater, der Verbindung zur Kieferhöhle aufweist. Abfluss von stinkendem Sekret. Geringe Einschränkung der Mundöffnung. Submandib. eine kirschgrosse Drüse.

Röntgen: Begrenzung der rechten Kieferhöhle mit Ausnahme der orbitalen Gegend zerstört. Enoralaufnahme zeigt eine Zerstörung des Alveolarfortsatzes in der Gegend rechts o. 3-8.

Operation: Typische Oberkieferresektion.

Prothet. Versorgung: 2 teilige Resektionsprothese.

Nachbehandlung: Wundheilung pp.

Diagnose: Wenig verhornendes Plattenepithelca. Ausgang von der KH.

Exitus letalis: 3 Wochen nach der Operation: Ursache: Meningitis.

FALL 13

Name: Zemsauer Juliane

geb.: 2.1.1895

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 55 a.

Operationsjahr: 1950

Krankengeschichte: 3221

Anamnese: Im Jahre 1941 Strumektomie. Seit 3 Monaten Zahnschmerzen im linken Oberkiefer. Zahnarzt extrahierte Zähne li. oben 4-6. Nach der Ex. gleiche Beschwerden. Seit gut einem Monat bemerkt die Patientin im Bereiche der Ex. einen pilzartigen Tumor, der anfänglich Kirschgrösse hatte.

stat. loc.: Im Bereich des linken OK. von 4-6 reichender enteneigrosser Tumor. Oberfläche an manchen Stellen leukoplakieähnlicher Charakter, leicht blutend.

Röntgenbefund: Verschattete Kieferhöhle links mit Destruktion des Alveolarfortsatzes bei intaktem Orbitalboden.

Operation: Oberkieferresektion. Operationsbericht nicht einsehbar.

Diagnose: Medulläres, nicht verhornendes Plattenepithelca. Ausgangspunkt wahrscheinlich von der Kieferhöhle.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Kloss.

Nachbehandlung: Auftreten eines Gesichtödems 2 Monate nach OP, das mit Röntgen bestrahlt wird. In der Gegend rechts oben 4 tritt eine suspekte Schwellung auf, die incidiert wird, es entleert sich Eiter, der histologisch untersucht wird. Diagnose: Nicht verhornendes Plattenepithelca. Dann intensive Röntgenbestrahlung auch der rechten Wange. Zunehmende Schmerzen werden mit Heptadon bekämpft.

Exitus letalis: 5 Monate nach erfolgter Oberkieferresektion.

Todesursache: Kachexie.

FALL 14

Name: Kaar Alois

geb.: 19.1.1897

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 54 a.

Operationsjahr: 1951

Krankengeschichte: 3697

Anamnese: Vor ungefähr 3 Wochen fiel dem Patient ein rechter oberer Molar aus, der paradontotisch war. Wunde heilte nicht zu und der Patient wird zu uns überwiesen.

stat. loc.: In der Gegend re. oben 5-8 ein ulcus mit wallartigen Rändern, das den Tuber noch nicht ganz erfasst. Vestibulum nicht wesentlich befallen. Submandibulär eine bohngrosse und eine erbsgrosse Drüse.

Röntgen: NNH: Rechte Kieferhöhle nur teilweise verschattet. Alveolarfortsatz in der entsprechenden Gegend zerstört.

Operation: Vor der Operation ein bohngrosses Stück zum Schnellschnitt. Diagnose: Verhornendes Plattenepithelcarcinom. Schnitt nach Weber-Dieffenbach. Schnittführung rechts von Eckzahngegend bis zur Mitte des Gaumens. Eröffnung der faciaalen Kieferhöhlenwand etwas lateral vom for. infraorbitale. Subtotale Resektion des rechten Oberkiefers. Resektionslinie verläuft: Gaumenmitte - rechter unterer Nasengang - Flügelfortsatz. Abformen des Defektes mit Stents und Thierschung der Wunde vom Oberarm.

Diagnose: Verhornendes Plattenepithelcarcinom. Ausgang: KH rechts.

Prothet. Versorgung: Ein- oder zweiteiliger Kloss nicht feststellbar.

Nachbehandlung: Heilung pp. Resektionskloss muss gekürzt werden, da ihn der Patient einige Zeit nicht getragen hat.

Nachuntersuchung: 29.7.60. Lokal keinerlei Veränderungen. Patient trägt noch immer die erste Prothese, die eine partielle obere Prothese mit einem Obturator darstellt, Links und rechts je eine erbsgrosse Drüse.

FALL 15

Name: Biesok Paula

geb.: 6.5.1887

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 64 a.

Operationsjahr: 1951

Krankengeschichte: 4435

Anamnese: 1940 Schmerzen im linken Oberkiefer. Es wurde eine KH.op. nach

Caldwell-Luc durchgeführt. Anschliessend starke Schmerzen im V/2. Wiederum Kieferhöhleninspektion, V/2 wurde elektr. ver-
ödet. Seither Hypästhesie im infraorbitalis. Gleichzeitig wurde
die Kieferhöhle kontrastgefüllt. (Rechte KH). Nun besteht eine
vestibuläre Schwellung rechts. Angefertigte Röntgen-Aufnahmen zeig-
en einen metallischen Rückstand in der Kieferhöhle. Schwellung
ging zurück und kommt nun wieder.

stat. localis: Extraoral mässige Schwellung der rechten Wange, nicht sonder-
lich schmerzhaft. Vestibulär in der Gegend re. oben 4-5 eine
nussgrosse Schwellung, aus der sich im oberen Anteil bei Druck
aus einer Perforationsstelle Sekret entleert. Am Kieferwinkel
rechts eine vergrösserte Drüse.

Röntgen: Enoralfilm: Nussgrosse, scharf begrenzte Aufhellung. Von dieser
Aufhellung führt eine 6 mm breite, unscharfe Aufhellung nach
distal und cranial. Distal und cranial befinden sich von dieser
Aufhellung 2 metalledichte, kristalldichte Körper. NNH-aufnahme
zeigt homogene Verschattung beider Kieferhöhlen und lässt in der
rechten wieder die metallische Verdichtung erkennen.

Operation: Umschneidung der vestibulären Vorwölbung und Eröffnung der KH.
Am KH-boden liegen grössere Mengen schwarze, teilweise harte,
mit der Schleimhaut verpackene Gewebsbröckel, die dem Kon-
trastmittel auf der Röntgenaufnahme entsprechen. Die Wandungen
der KH. überall erhalten.

Diagnose: Schwach verhomendes Plattenepithelca., ausgehend von der Kie-
ferhöhle. Ätiologisch auf Grund einer Kontrastfüllung, die bari-
umhaltig war. (Laboruntersuchung: Thorotrast!!!)

Prothet. Versorgung: Obturator.

Nachbehandlung: Röntgenkontaktbestrahlung. Besserung des Allgemeinbildes.
4 Monate nach der Op. treten Schmerzen im rechten N. infraorbit.
auf = Rezidiv. Auf Novokaininjektionen gebessert. 8 Jahre nach
der Operation kommt die Patientin neuerdings wegen eines Rezi-
divs, das scheinbar am os cygomaticum und cranial der KH. sitzt.
PE lautet auf solides Ca. Keine Operationen, sondern Röntgen-bestrah-
lung mit 3200 r. Daraufhin Zurückbildung der suspekt. Rezidive
und der submandibulären Drüse.

Nachuntersuchung am 13.7.60: Örtlich keine Veränderungen, keine äusseren
Schwellungen. Keine Gewebswucherungen.

Name: Mayrhofer Max

geb.: 14.5.1880

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 72 a.

Operationsjahr: 1952

Krankengeschichte: 4944

Anamnese: Vor 2 Monaten stechende Schmerzen im linken Molarenbereich des linken Oberkiefers, die gegen das Ohr ausstrahlten. Verordnung von Tee zum Spülen, keine Besserung.

stat. localis: Das spärliche Restgebiss ist äusserst vernachlässigt und es besteht ein starker fötor ex ore. In der Gegend 6-8 li. oben auf dem Alveolarfortsatz eine graurote, derbe Geschwulst, in die man mit der Sonde leicht einbricht und die sofort stark blutet. Vestibulär ein zerfallendes ulcus von der gleichen Ausdehnung. Unter dem linken Kieferwinkel eine kleinfautgrosse Drüse, eine erbsengrosse Drüse submandibulär.

Röntgen: Kontrastgefüllte linke Kieferhöhle zeigt, dass der Rö.-kontrastschat-ten nirgends bis an die knöcherne Umwandung der Kieferhöhle dringt. Die Leeraufnahme zeigt schon eine starke Verschattung der linken Kieferhöhle mit scheinbar intaktem Orbitalboden.

Operation: Folgende Resektionsgrenzen, nachdem der Hautschnitt in typischer Art nach Weber-Dieffenbach angelegt wurde: Gaumenmitte nach vorn bis in die Eckzahngegend, nach rückwärts bis 2 cm vor Ende des weichen Gaumens. Buccal am aufsteigenden Ast des Uk. Absetzen des Oberkiefers an der fissura orbitalis inferior. Unterbindung der art. max. interna. Abformung des Defektes mit Stents und Thierschung vom Oberarm.

Diagnose: Invasives, solides Ca., ausgehend von der KH.

Nachbehandlung: Ca. 8 Tage nach der durchgeführten Resektion tritt ein starker Blutdrucksturz ein, der durch Noradrenalin und Strophantinjektionen gebessert wird. Wegen einer starken Tachycardie und Benommenheit des Patienten erfolgt die Ernährung mit der Magensonde. Trotzdem Verschlechterung des Zustandsbildes.

Exitus letalis: 10 Tage nach durchgeführter Operation.

Obduktion: Carcinommetastasen in 2 oberen Cervikaldrüsen links. Einzelne Metastasen in der Leber.

Todesursache: Bronchopneumonie, Herzinsuffizienz.

Name: Sattler Anna

geb.: 15.1.1884

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 68 a.

Operationsjahr: 1952

Krankengeschichte: 5227.

Anamnese: Patientin hatte vor 2 Jahren eine Magenresektion wegen eines Tumors. Seit 8 Wochen eine Anschwellung in der li. Wange.

stat. praes.: Wangenschwellung, die zu einem halbverschlossenen linken Auge führt. Grösse der Schwellung: Apfelfloss, knochenhart. Enoral die gleiche Schwellung in der Gegend 2-8 li. oben vestibulär. In der Gegend 6 linsengrosse Perforation, aus der sich auf Druck Eiter entleert.

Röntgen: Ausgedehnte Zerstörung des linken Oberkiefers mit Beteiligung des Orbitalrandes sowie des Jochbogens und Verschattung der Siebbeinzellen. Ebenso der Kieferhöhle.

Operation: Linksseitige totale Oberkieferresektion einschliesslich des Augenhöhlenbodens.

Diagnose: Nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom mit Ausgang von der Kieferhöhle.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Kloss.

Nachbehandlung: Auftreten eines Erysipels. 2 Monate nach der Resekt. Auftreten einer bohngrossen Drüse unter dem li. K. winkel. Ebenso an den Weichteilen des bulbus eine leicht granulierende, groschengrosse Fläche, die excidiert wird und untersucht wird mit der Diagnose: Unreifes Plattenepithelca. Daraufhin Rö.-bestrahlung (2x). Keine suspekten Stelle mehr. Nach weiteren 3 Monaten Wiederaufkommen der verdächtigen Gewebsneubildung unter der orbita. PE. Histologisch ein Plattenep. ca. mit geringer Differenzierung. Im Juni 1953 trat dann eine kirschgrosse Drüse im medialen li. Augenwinkel auf. Wird mit Rö. bestrahlt.

Nachuntersucht am 20.6.60. Operationshöhle ist nicht verdächtig. Drüsen nicht tastbar. Da linkes Auge stark trübt, wird die Patientin in die Augenabteilung geschickt. Befund: Punktförmige HH. trübung links, Katarakta senilis incip. Geringe sklerotische Gefässveränderung. Links Enophthalmus, Tränenfluss. Totale obere und untere Prothese.

FALL 18

Name: Kössler Matthias

geb.: 22.2.1875

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 78 a.

Operationsjahr: 1953

Krankengeschichte: 6180

Anamnese: Seit etwa 2 Jahren merkt der Patient eine Veränderung im rechten Oberkiefer. Seit 3 Monaten Schmerzen im re. Oberkiefer. Patient hat nun das Gefühl, dass das rechte Nasenloch verschlossen ist.

stat. localis: Auftreibung des Alveolarkammes rechts, mit kraterförmigen Defekt in der Mitte, harte Ränder. Vestibulum verstrichen.

Röntgen: Homogene Verschattung beider Kieferhöhlen mit Verschleierung der rechten Stirnhöhnen. Rechte laterale Kieferhöhlenwand fast vollständig zerstört.

Operation: Typischer Schnitt. Durchtrennung des harten und weichen Gaumens. Durchmeisseln des proc. zygomat. Freilegen des unteren Orbitalbogens. Bei dem Versuch, den Flügelfortsatz zu resezieren, kommt es zur Freilegung des Dura im Ausmass eines Groschenstückes. Unterbindung der art. maxillaris. Ausräumung der Stirnhöhnen und der Keilböhnen.

Diagnose: Undifferenziertes Plattenepithelcarcinom mit grober Kernverwilderung. Siebbeinschleimhautbefund: Gering differenziertes Plattenepithelcarcinom.

Ausgang: K. H.

Nachbehandlung: Postoperativ Sauerstoffbeatmung und Plasmainfusion. 10 Tage nach der Operation tritt Zustandsverschlechterung ein. Psychisch hochgradige Benommenheit. Es dürfte meningeale Reizung vorliegen.

Exitus: 14 Tage nach der Operation. Obduktion: Kleines Cardiacarcinom. Todesursache: Lungenödem-Pneumonie.

FALL 19

Name: Prettnner Raimund

geb.: 2.9.1890

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 63 a.

Operationsjahr: 1953

Krankengeschichte: 6187

- Anamnese: Seit 8 Monaten merkt der Patient eine Rauigkeit mit der Zunge im Molarengebiet rechts. Es wurde eine PE. durchgeführt, die die Diagnose verhornendes Plattenepithelca. ergibt.
- Stat. localis: Von der Gegend re. oben 4 bis radix 7 eine flache, verruköse Schleimhautveränderung von weisslicher Farbe. Rechts submandibulär eine ca. bohngrosse, leicht verschiebliche Drüse von nicht sehr harter Konsistenz.
- Röntgen: Nebenhöhlenbild zeigt eine Verschattung der rechten Kieferhöhle im unteren Anteil. Die angefertigten Zahnfilme dieser Gegend zeigen Destruktion des Alveolarfortsatzes zwischen re. oben 4 und 7.
- Operation: Typischer Schnitt. Eröffnung der Kieferhöhle in der Gegend re. oben 4. Dabei zeigt sich, dass die KH. frei von Tumoreinlagerungen ist. Es wird deshalb der Oberkiefer partiell reseziert und der proc. pterygoideus belassen. Nach Blutstillung wird die Prothese eingesetzt und die Wangenpartie sowie die distale Wundfläche gethiersch. (Partielle Ok. Resektion.)
- Diagnose: Verhornendes Plattenepithelca., ausgehend von der Mundschleimhaut.
- Nachbehandlung: Nach 2 Monaten findet sich auf dem ehemaligen KH.-dach reichlich gequollene Schleimhaut, die sich 2 Buckeln vorwölbt. Sie wird mit der Curette entfernt und histologisch untersucht, wobei sich keine Malignität feststellen lässt. Die submandibuläre Drüse ist seit der Aufnahme unverändert.
- Exitus letalis: 22.2.1955 an Carcinoma bronchi. Exitus 1 Jahr und 6 Monate nach der Op.

FALL 20

Name: Gruber Franz
 geb.: 19.12.1890
 Geschlecht: männlich
 Alter bei der Operation: 63 a.
 Operationsjahr: 1953
 Krankengeschichte: 6190

- Anamnese: Vor 2 Jahren Apoplexie mit Halbseitenparese links. Seit 4 Wochen ein brennender Schmerz im linken Oberkiefer. Entfernung einer Radix. Keine Besserung.
- stat. loc.: In der linken Molarengegend ein markstückgrosser Defekt. Ränder durch einen verrukösen Wall begrenzt, ulcerierend.
- Röntgen: Die Übersichtsaufnahme lässt einen mehrere Millimeter dicken, wandbeständigen Schatten erkennen und eine diffuse Verschleierung.

Die knöcherne Kieferhöhlenwand ist intakt.

Operation: Bei der Operation zeigt sich, dass der Tumor den Boden der Kieferhöhle bereits durchbrochen hat und ein kleiner Fortsatz bereits in die Kieferhöhle hineinreicht.

Diagnose: Histologisch handelt es sich um ein verhornendes Plattenepithelcarcinom, ausgehend von der Mundschleimhaut des proc. alveolaris links.

Nachbehandlung: Kein lokales Rezidiv feststellbar, ebenso keine Drüsen.

Exitus letalis: 3.3.1954. Laut Angabe des behandelnden Arztes an Kreislaufversagen.

FALL 21

Name: Steiner Karl

geb.: 27.3.1890

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 63 a.

Operationsjahr: 1953

Krankengeschichte: 6498

Anamnese: Seit 14 Tagen bemerkt der Patient einen Schmerz im li. Unterkiefer. Überweisung durch einen prakt. Arzt.

Stat. localis: Extraoral eine kaum merkliche Schwellung um den li. Kieferwinkel. Enoral ein ca. 2-markstückgrosses Ulcus mit zerklüfteten Rändern, leicht blutend. Nach cranial reicht das Ulcus bis in die Gegend der crista temporalis.

Röntgen: Keine Mitbeteiligung der Kieferhöhlen. Nicht feststellbar, ob der Unterkieferknochen mit in die Destruktion einbezogen ist.

Operation: Resektion des linken Unterkiefers mit Durchtrennung der Mandibula in der Gegend links unten 3. Gleichzeitig typische Drüsenausträumung und Unterbindung der art. maxillaris. Anschliessend Resektion des posterioren Anteiles der linken proc. alveolaris ohne Eröffnung der Kieferhöhle.

Diagnose: Nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom. Drüsenbefund: Histologisch im Lymphknoten eine beginnende Metastasierung eines Plattenepithelcarcinoms. Ausgangspunkt des Tumors: Mandibula links.

Nachbehandlung: 10 Plasmainfusionen. 3 Monate nach der Operat. suspektes Gewebe in der Gegend des aufsteigenden Astes links. Wird operativ entfernt und untersucht. Diagnose: Invasives Plattenepithelca. mit Verhornung der Geschwulstzellen. Darauf 13 Röntgenbestrahlungen, die jedoch keine Besserung bringen. Auftreten multipler Hautmetastasen, besonders an der Kinnspitze. 6 Monate nach der Operation Arrosionsblutung.

wahrscheinlich aus der car. int. sin.

Exitus letalis: 6 Monate nach der Operation.

FALL 22

Name: Dr. Reimann Wilhelm

geb.: 12.3.1899

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 54 a.

Operationsjahr: 1953

Krankengeschichte: 6513.

Anamnese: Seit 1939 Schmerzen im linken Oberkiefer. Es wurde ein Zahn extrahiert, die Beschwerden blieben jedoch. KH.-punktion, es entleerte sich reichlich Eiter. Bestrahlung der Kieferhöhle mit Wärme. Wesentliche Besserung. 1951 wieder Schmerzen, KH. wurde radikal operiert.

Stat. localis: In der Gegend li. oben 4-5 vestibulär Druckschmerz. Am Alveolar-kamm eine Fistel, durch die man in einen ca. 1 cm tiefen Hohlraum kommt.

Röntgen: Diffuse Verschattung der linken KH. mit Defekt des unteren Orbitalbogens. Defekt der lateralen Nasenwand. Zahnfilm: Zeigt im Bereich des Tumors Zerstörung des Knochens.

Operation: Entfernung des ganzen Oberkiefers links bis in die Höhe des Orbitalbodens.

Diagnose: Solides Carcinom mit Anklängen an das undifferenzierte Plattenepithelcarcinom, ausgehend von der KH.

Prothet. Versorgung mit 2 teiliger Resektionsprothese.

Nachbehandlung: Der Patient klagt über Doppelbilder, es wird Augenkontrolle durchgeführt: Linker Bulbus steht etwas tiefer, Bulbusbindehaut leicht chemotisch, sonst o.B. Zur Hebung des Bulbus wird Stents aufgetragen. Um den Bulbustiefstand zu korrigieren, werden Brillen angefertigt. Keine Drüsen und kein Rezidiv bei der Entlassung.

Exitus: 21.12.1953 an Herzinsuffizienz. 5 1/2 Monate nach der Op.

Besonderheit des Falles: Im Jahre 1946 wurde die linke Kieferhöhle kontrastgefüllt. Reste des Kontrastmittels wurden noch bei der Aufnahme des Patienten im Jahre 1953 in der Kieferhöhle gefunden. Es dürfte sich deshalb ätiologisch um ein Carcinom der Kieferhöhle auf der Basis einer Kontrastfüllung handeln.

Name: Gallhofer · Raimund

geb.: 17.7.1892

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 61 a.

Operationsjahr: 1953

Krankengeschichte: 6516

Anamnese: Seit einem 3/4 Jahr bemerkt der Patient ein Geschwür im rechten Oberkiefer, das keine Beschwerden machte.

stat. loc.: Enoral eine etwa 5 cm lange, nach mesial schmaler werdende, bis in die Gegend re. oben 4-5 reichende, ulcerierte, zerklüftete, wallartige Schleimhautläsion. Diese Läsion greift nach distal auf den Tuber über. Submand. Drüse re.

Röntgen: Leichte Verschattung der rechten Kieferhöhle mit geringer Knochenbeteiligung des Kieferhöhlenbodens.

Operation: Auf Grund eines Schnellschnittes der histologischen Abteilung. Diagnose: Solides, undifferenziertes Ca. Daraufhin submandib. Bogenschnitt vom Kinn bis zum Kieferwinkel. Typische Drüsenausträumung unter Ligieren der art. max. Dann erfolgt Durchtrennung der Unterlippe und Abklappen der Weichteile bis zum Kieferwinkel. Nun lässt sich das in der Umschlagfalte vom Ober- zum Unterkiefer sitzende Ca. im Gesunden resezieren und der Tuber max. mit dem Meissel abtrennen und der Tumor am Unterkiefer subperiostal abpräparieren.

Diagnose: Solides, undifferenziertes Ca., ausgehend von der Gegend des palatoglossus rechts.

Prothet. Versorgung: Obere und untere Paladonprothese, wobei die obere Prothese 2 teilig gemacht wird.

Nachbehandlung: Der Patient bekommt ohne äusserlich sichtbaren Grund Fieberanstieg auf 38,6. Daraufhin interner Befund: Emphysema pulmonale mit Gefässtauung und Verdacht auf Bronchiektasien. 3 Monate nach der Operation tritt eine Spontanfraktur des rechten Unterkiefers in der Gegend 7 ein. Gleichzeitig treten glandulae am vorderen Rand des musc. sternocleidomastoideum auf, die mit Röntgen bestrahlt werden. Verschlechterung des allgemeinen Zustandes. Trotzdem wird der Patient auf seinen Wunsch hin aus stationärer Behandlung entlassen.

Exitus let.: 13.8.1954. Lungenentzündung. Meta! Exitus 1 Jahr und 3 Monate nach der Operation.

Name: Biebl Franz

geb.: 26.8.1890

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 63 a.

Operationsjahr: 1953

Krankengeschichte: 6517.

Anamnese: Seit einem Jahr Eiter aus dem rechten Nasengang. Seit letzter Zeit auch Schmerzen und Auftreten einer Schwellung in der rechten Wange.

stat. localis: Klobige, kaum druckschmerzhaftige Auftreibung in der Gegend rechter Tuber bis Prämolarenbereich. Da auch ein Schleimhautdefekt, der gerötet und gering verändert ist. Kirschgrosse Drüse submandibulär rechts.

Röntgen: Komplett verschattete rechte Kieferhöhle, rechtsseitiger vollkommener Verlust der Knochenzeichnung der KH. im lateralen und nasalen Anteil. Im Jochbogenbereich ebenfalls Knochenstrukturveränderung.

Operation: Zur Sicherung wird vor der eigentlichen Operation ein Schnellschnitt ausgeführt, der von der Kieferhöhle entnommen wird und der positiven Befund ergibt. Daraufhin Resektion des gesamten rechten Oberkiefers einschliesslich des Orbitalbodens. Gleichzeitig typische Drüsenausträumung und Unterbindung der carotis externa.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Resektionskloss.

Diagnose: Carcinoma solidum sarkomatodes.

Ausgang: Nase.

Nachbehandlung: 14 Tage nach der Resektion klagt der Patient über Beschwerden im rechten Auge. Befund: Hornhautabscess. Es wird deshalb das rechte Auge enukleiert. 2 dehiscente Stellen, durch die der Resektionskloss durchscheint, sollen später plastisch gedeckt werden. Anfertigung einer Augenprothese und plastische Deckung der dehiscen-ten Stellen mit einem Temporalislappen. 4 Monate nach erfolgter Resektion Auftreten von Ulcerationen im vorderen oberen Abschnitt der Resektionshöhle. Excision ad Histo. Befund: positiv. Daraufhin Röntgenbestrahlungen. Nach weiteren 4 Monaten Auftreten eines Rezidivs am Jochbogenstumpf, dessen histologische Diagnose wieder positiv ist. Weitere Röntgenbestrahlung und Kontaktbestrahlung am äusseren Orbitalrezidiv. Patient wird entlassen und zur nächsten Röntgenserie in 3 Monaten wiederbestellt. In der Zwischenzeit keine Vorstellung des Patienten mehr.

Mitteilung der Wohnortgemeinde: Exitus: 27.5.54. Kachexie. Exitus 1 Jahr nach erfolgter Operation.

FALL 25

Name: Rottenschlager Karl

geb.: 31.8.1909

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 44 a.

Operationsjahr: 1953

Krankengeschichte: 7052.

Anamnese: Seit einem 3/4 Jahr eine Siebbeinzellenentzündung. Völlegefühl in der linken Wange. HNO Facharzt machte eine PE mit der Diagnose: Rundzellensarkom.

Stat. loc.: Linke Nase stark geschwollen. Intraoral keine Veränderung. Keine Drüsen palpabel.

Röntgen: NNH: Intensive Verschattung der linken KH. Mediale Wand zerstört. Laterale Nasenwand verdickt. Enoralfilm im Oberkiefer zeigt keine Veränderung.

Operation: Resektion des linken Oberkiefers in typischer Form mit Einschluss des linken Nasenflügels. Flügelfortsatz wird belassen.

Diagnose: Grosszelliges Rundzellensarkom, ausgehend von der linken unteren Nasenmuschel.

Nachbehandlung: Plastische Deckung des Nasendefektes mittels Stirnlappen.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Kloss.

Nachuntersuchung: August 1960. Keinerlei suspekte Veränderungen im Op. bereich. Keine Drüsenbefunde. Bulbus gleich hoch. Normaler visus. 2 teiliger Kloss, der an der Restbezahnung im Oberkiefer verankert ist.

FALL 26

Name: Mayr Elisabeth

geb.: 29.10.1900

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 53 a.

Krankengeschichte: 7060.

Anamnese: Seit einem 1/2 Jahr Schmerzen im rechten Oberkiefer mit geringer Schwellung. Darauf Radikaloperation der Kieferhöhle mit der Diagnose: Verhornendes Plattenepithelca. Weitere Operation wurde abgelehnt.

Stat. localis: Äusserlich ist eine Schwellung der rechten Wange in der Gegend der fossa canina zu merken. Enoral im gleichen Bereich eine entsprechende Schwellung, ohne Ulceration. In der Gegend des 7 besteht eine Verbindung zur Kieferhöhle. Haselnussgrosse Drüse submandib. re., links erbsgrosse Drüse.

Röntgen: Nebenhöhlenaufnahme zeigt eine starke Verschattung der Kieferhöhle rechts.

Operation: Oberkieferresektion. Op. bericht nicht einzusehen.

Diagnose: Histologie: Resezierter Anteil des rechten Oberkiefers mit Teilen des Orbitalbodens und des Jochbogens und der unteren Nasenmuschel. Die ganze Kieferhöhle ausgefüllt von einer, von der vorderen Kieferhöhlenwand ausgehenden, ziemlich weichen, grauen Wucherung, die in die untere Nasenmuschel hineinreicht. Histologisch handelt es sich um ein Plattenepithelcarcinom mit gelegentlicher parakeratot. Verhornung, Kernpolymorphie und Mitosenreichtum.

Ausgang: K. H.

Prothet. Versorgung: Kloss, ob einteilig oder zweiteilig nicht feststellbar.

Nachbehandlung: 2 Monate nach der Operation Auftreten einer kleinen Dehiscenz am medialen Augenwinkel rechts. Probeexcision des suspekten Gewebes mit der histol. Diagnose: Plattenepithelca. Daraufhin 10 Röntgenbestrahlungen, in deren Folge eine Kieferklemme auftritt, das Rezidiv jedoch reorganisiert wird. 3 Monate nach der Operation am Orbitalboden ein fingergliedgrosses, granulierendes ulcus, das einem Lokalrezidiv entspricht. Weitere Strahlenbehandlung. Gleichzeitig Anfertigen von Rö.bildern. Befund: Ausgedehnte Destruktion der rechten orbita, übergreifend auf die rechte Stirnhöhle und auf die vordere Schädelgrube.

Im Bulbusbereich hochgradige Chemosis mit Verlust der Sehkraft. Im submandibulären Bereich Drüsen feststellbar, cervical frei.

Exitus letalis am 11.8.54. Laut Angabe des behandelnden Arztes an Kachexie. Exitus 1 3/4 Jahre nach der Operation.

FALL 27

Name: Deiser Ludwig

geb.: 18.7.1879

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 75 a.

Operationsjahr: 1954

Krankengeschichte: 6935.

Anamnese: Vor 6 Wochen Auftreten einer Geschwulst in der linken Wange.

Stat. loc.: In der linken Wange ein eigrosser Tumor, auf der Unterlage verschieblich. Linker Mundwinkel hängt etwas herab. Linke Augenlider etwas herabhängend. Nuchal deutlich Drüsen zu tasten.

Röntgenbefund: Dichte Verschattung der linken Kieferhöhle mit Destruktion des Kieferknochens in der Gegend li. 3-6. Usurierung des Orbitalbodens.

Operation: Da der Verdacht auf einen Myokardschaden besteht, wird der Patient vor der eigentlichen Operation intern. vorbereitet. Während der Behandlung kommt es zu einem Spontandurchbruch der Vorwölbung und es entleert sich eitrig zerfallene Tu. masse.

Operation: Operation in typischer Weise mit Resektion des linken Orbitalbodens. Radikalität der Operation war jedoch nicht zu erreichen, da der Patient auf Grund seines Myokardschadens eine ausgedehntere Op. nicht überstanden hätte.

Diagnose: Diagn. des überwiesenden Arztes: Verhorn. Plattenep. ca. Ausgangspunkt von der Kieferhöhle.

Prothet. Versorgung: Mittels 2 teiligem Resektionskloss.

Nachbehandlung: Intensive Röntgenbestrahlung mit insgesamt 20 Bestrahlungen und einer Stärke von 12.600 r. 3 Monate nach der Operation: Mächtige Vorwölbung des Unterlides. In der Mundhöhle kommt man im entsprechenden Gebiet in eine grosse Zerfallshöhle.

Exitus letalis: 12.12.1954. Todesursache: Oberkieferca. - Lokales Rezidiv mit Kachexie. Exitus 11 Monate nach der Operation.

FALL 28

Name: Fellermayr Katharina
 geb.: 21.11.1878
 Geschlecht: weiblich
 Alter bei der Operation: 78 a.
 Operationsjahr: 1954
 Krankengeschichte: 7766.

Anamnese: Seit einem halben Jahr bemerkt die Patientin ziehende, neuralgiforme Schmerzen im re. Oberkiefer. Keine Nasensekretion. Seit 3 Wochen Ulceration im Bereich des 4-5.

stat. praes.: Apfelgrosse Vorwölbung des Gaumens, nicht schmerzhaft, weich, fast fluktuierend. In der Gegend 4-5 Ulceration, im Sternokleidogebiet 2 kirschgrosse, indolente Drüsen.

Röntgen: Diffuse Verschattung der rechten Kieferhöhle. Die Struktur der rechten crista zygomaticaalveolaris nicht mehr erkennbar. Tumorschatten auch im Bereich der Nasenhöhle. Der margo infraorbitalis in der Mitte unterbrochen. Verschleierung der rechten Siebbeinzellen im Sinne einer sinusitis.

Operation: Typische Oberkieferresektion.

Diagnose: Plattenepithelcarcinom.

Ausgang: K. H.

Nachbehandlung: 5 Tage nach der Operation tritt ein comatöser Zustand ein.

Exitus: 5 Tage nach der Operation. Obduktion: Coronarthrombose.

FALL 29

Name: Lang, Eduard

geb.: 21.8.1912

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 42 a.

Operationsjahr: 1954

Krankengeschichte: 7891.

Anamnese: Patient bemerkte vor 1/2 Jahr eine Schwellung im linken Oberkiefer, die im Innsbrucker Krankenhaus mit 4 Röntgenserien bestrahlt wird. Daraufhin Austritt von Flüssigkeit aus der Nase und Überweisung.

Stat. praes.: Am harten Gaumen im hinteren Anteil findet sich in der Mittellinie eine ca. fingernagelgrosse Perforation. Der Hinterrand dieser ist bereits im weichen Gaumen gelegen. Umgebende Schleimhaut ist livid verfärbt. Durch die Perforation ist die untere Nasenmuschel als Begrenzung zu sehen. Bohnengrosse Drüse submandibulär links.

Röntgen: Destruktion der entsprechenden Knochenteile und Verschattung der linken KH. Siebbein ist frei von patholog. Veränderungen.

Operation: Schnitt nach Weber-Dieffenbach. Durchtrennung des proc. frontalis und des Jochbogens mit dem Meissel und Anlegen eines Fensters am planum infraorbitale und Inspekt. der makroskop. unveränderten Schleimhaut. Durch die Kieferhöhle wird nun der proc. pterygoideus durchtrennt. Anschliessend Resektion des grössten Teiles des proc. coronoideus. Unterbindung der art. max. int. Thierschung der Aussenseite des eingelegten Stentsklosse.

Diagnose: Invasives Plattenepithelca., ausgehend vom Gaumen.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Kloss. Befestigung am Restgebiss.

Nachbehandlung: Patient wird mit 4000 r nachbestrahlt und in die Prothese mit Cobaltperlen bestrahlt. Prothesenfunktion gut.

Nachuntersuchung: Brief vom 2.7.60. Im vergangenen Winter einige Male Schwellungen im Kieferbereich, besserten sich nach Kamillenumschlägen. Prothesensitz gut. Ein- und Ausführen der Prothese nur mit einem Heister. Mundöffnung nur 1 cm. Bulbus gleich hoch. (Persönliche Nachuntersuchung nicht möglich.)

FALL 30

Name: Kainrad Franz

geb.: 13.7.92

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 63 a.

Operationsjahr: 1955

Krankengeschichte: 8382.

Anamnese: Seit einigen Monaten bemerkt der Patient ein Stechen im linken Oberkiefer, das nun in einen Dauerschmerz übergegangen ist.

Stat. loc.: Im Vestibulum im linken Oberkiefer findet sich in der Gegend 5-6 ein ulcus, das zum Teil auf den Alveolarfortsatz übergreift. Die umgebenden Weichteile sind etwas infiltriert, die Ränder wallartig.

Röntgen: Verschattung der linken Kieferhöhle und Destruktion der crista zygom.-alveolaris.

Operation: Probeexcision mit der histologischen Diagnose: Solides Carcinom mit Anklängen an ein undifferenziertes Plattenepithelca. Typische Oberkieferresektion mit Unterbindung der art. max. und Entfernen des Kronenfortsatzes.

Diagnose: Drüsiges Carcinom.

Ausgang: K.H.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Kloss.

Nachbehandlung: Eine Blutung aus der art. nasopalatina wird nach Entfernen der oberen Prothese und nach Drucktamponade sofort zum Stehen gebracht.

Exitus: 14 Tage nach der Operation durch Strangulation mit einem Lederriemen. Obduktion: Keine Metastasen und keine Rezidive.

FALL 31

Name: Moser Paul

geb.: 10.1 1888

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 67 a.

Operationsjahr: 1955

Krankengeschichte: 8678.

Anamnese: 1942 bestand ein Tumor der rechten Orbita, der jedoch auf Röntgenbestrahlung völlig saniert wurde. 1945 trat eine submandibuläre Drüse auf, die in Salzburg exstirpiert wurde. Nun tritt eine Schwellung der rechten Jochbeingegegend auf, die von Schmerzen begleitet ist. Sie breitet sich gegen das Auge aus.

stat. loc.: Im Bereich des Jochbogens ein apfelgrosser, derber Tumor von knorpeliger Konsistenz, Haut darüber gerötet und gespannt. Enoral vestibuläre, taubeneigrosse entsprechende Vorwölbung. Am Kieferkamm in der Gegend 7 bohngrosse, kraterartige Perforation.

Röntgen: Homogene, diffuse Verschattung der rechten KH mit einem ausgedehnten Knochendefekt in der lateralen KH.-wand. Die linke KH. und die Stirnhöhlen normal lufthaltig.

Operation: Vor der Ok.-resektion wird eine Punktion des Tumors vorgenommen, der histologisch als solides Carcinom diagnostiz. wird. Daraufhin Resektion mit Abpräparation der Weichteile bis zum freien Anteil des Jochbogens. Entfernen des Oberkiefers mit der lateralen Nasenwand und des Septums. Ebenso Resektion des proc. pterygoideus. Der proc. muscul. wird ein cm mitreseziert. Thierschung vom Oberschenkel und Fixierung der Prothese mit Draht.

Diagnose: Plattenepithelca., ausgehend von der Kieferhöhle.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Kloss.

Nachbehandlung: Bestrahlung der Resektionshöhle mit Kobaltperlen und der Wange und der submandib. Gegend mit Rö. (5200 r). Unterlidödem rechts mit Oxycyanattropfen behandelt. Kloss wird mehrmals unterfüttert. Der Wangendefekt wird mit einem Stirnlappen gedeckt.

Exitus: 30.10.56. Laut Angabe an den Folgen einer Kachexie. Exitus 11 Monate nach erfolgter Operation.

FALL 32

Name: Schöffauer Franz
 geb.: 18.11.1868
 Geschlecht: männlich
 Alter bei der Operation: 78 a.
 Operationsjahr: 1955
 Krankengeschichte: 10.000.

Anamnese: Vor einem Jahr brach der 8 li. oben durch. Wurde extrahiert. Seit dieser Zeit besteht in diesem Bereich ein ulcus, das nicht mehr abheilte.

stat. localis: Einziehung des Alveolarknochens in dieser Gegend. Fistelbildung. Beim Sondieren mit der Knopfsonde dringt man in die Kieferhöhle ein. Keine weiteren Schwellungen.

Röntgen: Zeigt lediglich eine diffuse Verschattung der linken Kieferhöhle.

Operation: Zunächst PE aus dem linken oberen Tubergebiet. Dabei kommt es zu einer kleinen, unwesentlichen Eröffnung der Kieferhöhle.

Diagnose: Es handelt sich um ein verhornendes Plattenepithelcarcinom mit mässiger Kernunruhe.

Ausgang: Alveolarfortsatz.

Nachbehandlung: Es wird eine Bestrahlung der Kieferhöhle mit Plastobalt durchgeführt. Keine Drüsen. In 3 Monaten soll eine weitere Bestrahlung durchgeführt werden. 3 Monate nach der Bestrahlung findet man an der linken vorderen Begrenzung der Resektionsstelle (PE-stelle) eine haselnuss-grosse, verdächtige Vorwölbung, die excidiert wird. Bestrahlung mit 6.000 r. Nach weiteren 4 Monaten kommt es im Bereich des Tubers zu einem ausgedehnten ulcus, das sich bis in die Jochbeingegend zieht. Am lateralen Orbitawinkel eine Fistel, aus der sich bei Druck Eiter entleert. Linksseitige mässige Protrusio. Keine weiteren Operationen und Bestrahlungen. Der Patient wird entlassen, kommt jedoch nach weiteren 2 Monaten wieder mit einer massiven Blutung aus der Resektionshöhle.

Exitus letalis: Arrosionsblutung mit Blutaspiration am 8.1.58.

FALL 33

Name: Rosenauer Josef

geb.: 9.2.1911

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 55 a.

Operationsjahr: 1956

Krankengeschichte: 9101.

Anamnese: Vor einem Jahr wegen eines Nasentumors operiert. Seither beschwerdefrei. Seit 2 Monaten Auftreten einer Schwellung vestibulär im rechten Oberkiefer, von derber Konsistenz, auch die rechte Konjunktiva war mitbeteiligt.

Stat. localis: Im Bereich der rechten Wange ein mandaringrosser Tumor, derb, nicht verschieblich. Infraorbital ein nussgrosser Tumor, der nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem anderen Neoplasma steht. Das rechte Auge ist nach oben und medial verdrängt. Am rechten Nasenblügel derbe, kirschgrosse Geschwulst mit Druckschmerzhaftigkeit.

Röntgen: Grosse Destruktion im medialen Teil des knöchernen Daches der Kieferhöhle, ausgedehnte Zerstörung des rechten Jochbeins, Destruktion des proc. pterygoideus rechts. Einbruch in die Orbita und die Siebbeinzelnen.

Operation: Schnitt Weber-Dieffenbach. Spaltung des Konjunktivalsackes, Ligieren der max. int. Umschneidung des Tumors, Darstellen des lateralen Orbita-landes, der noch erhalten ist, während der proc. zygomat. destruiert

ist. Durchtrennung des Zwischenkiefers. Durchtrennung der musc. pterygoidei und des musc. masseter. Bulbus oculi scheint nach Entfernung des Ok. nicht erhaltungswürdig und wird entfernt. Teilresektion des knöchernen Nasenseptums. Thierschung vom Oberarm.

Diagnose: Medulläres, solides, grosszelliges Carcinom mit Kernverwilderung und Riesenzellen.

Ausgang: Nase.

Prothet. Versorgung: 2 teilige Resektionsprothese.

Nachbehandlung: 1 Monat nach der Operation an der dorso-cranialen Seite der Op. höhle eine haselnussgrosse, derbe Vorwölbung, die ein Rezidiv darstellt. Röntgenbestrahlung und Cobalteinlage in die Prothese. Dadurch Verkleinerung der Resektionshöhle mit anschliessender Anpassung der Prothese. Starke Blutarmut wird mit Bluttransfusionen behandelt. Nach der Rö.-bestrahlung reinigt sich der Rezidivdefekt, es tritt jedoch eine Pulsation an dieser Stelle auf, die von der Dura stammt. Weitere Röntgenbestrahlungen.

Exitus: 5 Monate nach der Resektion auf Grund einer Arrosionsblutung. Obduktionsbefund: Verjauchung eines im Keilbein gelegenen Rezidivs und Verjauchung der Dura mit Abszess im rechten Schläfenlappen mit dadurch bedingter Arrosionsblutung aus der a. cerebri media.

FALL 34

Name: Wengler Paul

geb.: 4.6.99

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 57 a.

Operationsjahr: 1956

Krankengeschichte: 9189.

Anamnese: Seit 4 Wochen bemerkt der Patient im linken Oberkiefer eine kirschgrosse Schwellung, die rasch an Grösse zunahm. Auswärts eine PE mit der Dg.: Verhormendes Plattenepithelca.

Stat. localis: Die Oberlippe wird links von einem Tumor abgehoben, der beim 6 er beginnt und sich vestibulär und palatinal ausbreitet. Die Gegend des Tumors ist eindrückbar, an der Kuppe ist eine Nekrose festzustellen. Am rechten und linken Kieferwinkel sind derbe Drüsen von Kirschgrösse.

Röntgen: Verschattung der Kieferhöhle bis zur halben Höhe und Destruktion des Alveolarfortsatzes. Der Orbitalboden scheint auch auf der

Spezialaufnahme intakt.

Operation: Typische Oberkieferresektion mit Ligatur der art. max.

Diagnose: Teils echt, teils parakeratotisch verhornendes Plattenepithelcarcinom mit Mitosenreichtum und Kernpolymorphie.

Ausgang: Alveolarfortsatz.

Nachbehandlung: Normaler postoperativer Verlauf. Im Jahre 1957 sucht der Patient einen Arzt auf, der beginnende Lungenmetastasen bei lokalem freien Zustand feststellt.

Exitus letalis am 17.1.1958 an Lungenmeta. 1 Jahr 10 Monate nachher.

FALL 35

Name: Sosser Therese

geb.: 6.4.1883

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 73 a.

Operationsjahr: 1956

Krankengeschichte: 9215.

Anamnese: Seit 3 Wochen eine Schwellung der linken Oberlippe. Anschliessend eine Schwellung des vestibulums mit Perfor. Bei Zungendruck entleert sich stinkendes Sekret.

stat. localis: Deutliche Schwellung der linken Oberlippe mit vestibulärer Vortreibung in der Gegend 2-5, in deren Bereich die knöcherne Struktur zu fehlen scheint. Vorwölbung ist druckschmerzhaft und fluktuierend. Auf Grund einer Kontrastfüllung wird die Diagnose Cyste gestellt.

Röntgen: Zeigt eine nussgrosse Aufhellung, deren Grenzen sich sowohl auf dem Enoralfilm wie auf der NNH-aufnahme nicht sicher feststellen lässt.

Operation: Probeinspektion der linken Kieferhöhle, die jedoch keine Cyste zeigt, sondern einen massiven Tumor. Die histologische Untersuchung diagnostiziert ein nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom mit Kernunruhe. Operation: Resektion des linken Oberkiefers mit Erhaltung des Orbitalbodens, der makroskopisch gesund erscheint.

Diagnose: Verifikation der PE Diagnose: Nicht verhornendes Plattenepithelca., ausgehend von der proc. alveolaris.

Prothetische Versorgung: Einteiliger Resektionskloss.

Nachbehandlung: Mehrmaliges Unterfüttern des Klosses zwecks besseren Haltes. Prophylaktische Röntgenbestrahlung in ambulanter Behandlung. 2 Jahre nach der Operation kommt die Patientin neuerlich in stationäre Behandlung mit der Diagnose: Glottisödem. HNO-befund bringt keine patholog. Veränderungen. Aufnahme in der internen Abteilung, da die Atemnot nicht peripher, sondern cardial bedingt sein muss. Loka-

ler Befund ist frei von Gewebsneubildung und regionären Drüsen.

Nachuntersucht am 17.6.60. Keine Drüsen, keine Höhlenveränderung, linker Bulbus ist etwas abgesunken, schlechter Prothesenhalt.

Totale obere und untere Prothese.

FALL 36

Name: P e h a m Marie

geb.: 27.4.1899

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 57 a.

Operationsjahr: 1956

Krankengeschichte: 19628.

Anamnese: Patientin hatte erstmalig vor 9 Jahren Schmerzen im Oberkiefer und in der Nase. Zeitweilig starke Sekretion aus der Nase. Es wurden "Polypen" entfernt und die Patientin vierteljährlich mit Radium bestrahlt. Zunehmende Verschlechterung.

stat. localis: Stark abgeplattete Nase mit Fehlen des knorpeligen Anteils. Nasenlöcher verschlossen. Oberlippe verkürzt und eingezogen. Alveolarfortsatz von 3-3 fehlend. Im posterioren Kieferanteil ulcerierend. Gleichzeitig derbe Infiltration. Weicher Gaumen frei von Tumormassen.

Röntgen: Verschattete Kieferhöhlen mit tiefer Zerstörung der knöchernen Nasenanteile und Fehlen des vorderen Alveolarfortsatzes. Siebbeinzellen verschattet.

Operation: Beidseitige Oberkieferresektion mit Einbeziehung des linken Orbitalbodens und der Lippenstümpfe. Gleichzeitige partielle Defektdeckung mittels Stirnlappen.

Diagnose: Gelegentlich verhornendes Plattenepithelcarcinom.

Ausgang: Nase.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Oberkieferresektionskloss.

Nachbehandlung: Intensive Röntgennachbehandlung. Es folgen weitere plastische Operationen. Ca. ein Jahr nach der Operation beginnt ein Stechen in der linken Orbitalregion. Excision eines Chalacions vom linken Lidrand. Diagnose: Verhornendes Plattenepithelcarcinom. Depressive Stimmung der Patientin. Verschlechterung des Augenzustandes.

Exitus letalis: 7.8.57. Obduktion: Ausgedehntes Rezidiv im Bereich des linken Orbitalbodens, Exophtalmus links. Todesursache: Pulmonalembolie. 1 Jahr nach Op.

Name: Scheuringer Rosina

geb.: 7.11.1891

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 66 a.

Operationsjahr: 1957

Krankengeschichte: 10.655.

Anamnese: Wegen zunehmender Nasenatmungsbehinderung wurden vor 2 Monaten die Nasenpolypen entfernt. Präparat wurde histol. untersucht. Angeblich maligne. An der hiesigen HNO-abteilung neuerliche PE war negativ. Zur weiteren Behandlung überwiesen.

stat. loc.: Intraoral und extraoral keine Veränderungen. Lediglich im rechten mittleren Nasengang borkige Beläge, die von der vorausgegangenen PE stammen dürften.

Röntgen: NNH: Im Bereich beider Kieferhöhlen kann ein mehrere mm breiter, wandbeständiger Schatten festgestellt werden, die rechte Seite der Nasenhöhle, der Stirnhöhlen und der Siebbeinzellen sind homogen verschattet. Es handelt sich um einen Weichteiltumor der rechten Nasenhöhle mit Destruktion der knöchernen Wand.

Operation: Weber-Dieffenbach-Schnitt, Resektion des rechten Oberkiefers bis zur Höhe der Orbita und Entfernen der mittleren Nasenmuschel.

Diagnose: Hämangioperitheliom (Angiosarkom), ausgehend von der Nasenmuschel.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Resektionskloss.

Nachbehandlung: Patientin bekommt im rechten Auge eine Konjunktiv. Bessert sich auf Nebacetintropfen. Die Heilung verlief pp. Ein aufgetretener Lufthunger wird durch Entfernen eines Teiles der Resektionsprothese gebessert.

Bis 1959 wurde der Kloss mehrmals mit Palavit unterfüttert und damit der Halt der Prothese wesentlich gebessert. Letzte Vorstellung am 20.1.60. Dabei überall glatt begrenzte Operationshöhle. Keine Drüsen nachweisbar.

Nachuntersuchung am 29.7.60. Operationsdefekt überall glatt und ohne Veränderungen. Patientin klagt über Trockenheit im Mund. Sehvermögen nicht verschlechtert. Bulbus auf gleicher Höhe. Rechtes Unterlid ist etwas tiefer als das linke. Rechtes Auge leicht tränend. Nasenuntersuchung: Kleines, entzündliches Infiltrat am rechten Naseneingang. Dürfte jedoch von einer Druckstelle der Prothese her stammen. Prothese wird an der entsprechenden Stelle gekürzt. Prothese wurde ca. ein Jahr nach der Operation einteilig gemacht. Keinerlei pathologische Drüsenbefunde.

Name: Schweiger Sylvester

geb.: 8.7.1894

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 63 a.

Operationsjahr: 1957

Krankengeschichte: 10677.

Anamnese: Vor Jahren offene Lungentb, angeblich nicht mehr apert. Seit 3 Monaten schlechter Halt der oberen Prothese, dabei Eiterentleerung aus dem oberen rechten vestibulum.

stat. localis: Rechtes Tubergebiet eindrückbar und beweglich. Vest. Gegend rechts oben 7 eine Fistel, durch die man mit der Knopfsonde ca. 4 cm eindringen kann. Vor dem rechten Kieferwinkel ein dattel-grosses Drüsenpaket.

Röntgen: Weitgehende Zerstörung des Alveolarfortsatzes in der Tu.-gegend und intensive Verschattung der rechten Kieferhöhle.

Operation: Freilegung des rechten proc. alveolaris und Eröffnung der rechten Kieferhöhle, die nur am Boden knöchern zerstört ist und im cranialen Teil unverändert erscheint. Inspektion der linken Kieferhöhle zeigt normale Verhält. Resektion des entsprechenden rechten Kieferknochens. Tamponade der Wundhöhle mit hochprozentiger Jodoformgaze.

Diagnose: Histologisch ein invasives, parakeratotisch verhornendes Plattenepithelcarcinom. Ausgangspunkt: tuber maxillae rechts.

Prothet. Versorgung: Prothese.

Nachbehandlung: Prophylaktische zweimalige Kobaltperleneinlage in die Prothese und Beginn mit einer Röntgenbestrahlungsserie, nachdem ein Nachtrag des histologischen Befundes ergab, dass das Ca. auch im entkalkten Präparat in den Knochen vorgedrungen zu sein scheint. Postoperatives Auftreten einer Hämaturie. Verlegung in eine Lungenheilanstalt.

Exitus letalis: 15.2.58, 8 Monate nach erfolgter Operation. Todesursache: Lungenödem.

Name: Köttstorfer Florian

geb.: 11.11.1902

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 55 a.

Operationsjahr: 1957

Krankengeschichte: 10680.

Anamnese: Seit 4 Monaten leidet der Patient unter heftigen Kopfschmerzen, die hauptsächlich in der Stirn lokalisiert sind. Gleichzeitig oftmals Nasenbluten mit eitrigem Exkret. In einem Krankenhaus wurde eine PE vorgenommen, die den Befund: Otitis serosa und bds. Kieferhöhlen-eiterung ergab.

Stat. loc.: Der weiche Gaumen zeigt einen unregelmässigen Substanzverlust, etwa von Linsengrösse. Übergang vom harten zum weichen Gaumen ist gerötet. Alveolarfortsatzschleimhaut ist gerötet. Links submandibulär 2 erbsgrosse, verschiebliche, druckschmerzhaft Drüsen.

Röntgen: Zeigt Verschattung beider Kieferhöhlen. Orbital o.B.

Operation: Beidseitiger Schnitt nach Weber-Dieffenbach und beidseitiger Eröffnung der Kieferhöhlen. Die craniale KH. wand macht einen gesunden Eindruck und wird belassen.

Diagnose: Parakeratotisch verhornendes Plattenepithelca. mit Kernpolymorphie und Mitosenreichtum. Ausgangspunkt: Kieferhöhle.

Prothet. Versorgung: 2 teiliger Re. kloss.

Nachbehandlung: 1 Monat nach der Operation Auftreten einer suspekten Veränderung in der Gegend der dorsalen Begrenzung der linken Kieferhöhle. Wird mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und histologisch untersucht. Befund: Wie oben. Dann Bestrahlungen mit Röntgen, insgesamt 6.000 r. Weiter zweimalige Einlage von Kobaltperlen in den oberen Hohlkloss mit einer Strahlung von 5.000 r. Nach weiteren 2 Monaten Aufkommen von mehreren Rezidiven, hauptsächlich im Bereiche beider KH und am Nasenflügel. Wiederum Röntgenbestrahlungen.

Exitus: 7 Monate nach erfolgter Operation. Obduktion: Ausgedehnte Rezidive, vor allem in der Rachengegend. Meta. nicht auffindbar.

Todesursache: Pneumonie.

Name: P f a f f Anna

geb.: 10.6.1883

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 74 a.

Operationsjahr: 1957

Krankengeschichte: 10795.

Anamnese: Vor 8 Monaten Sturz auf die rechte Gesichtseite. Vor 3 Monaten Schwellung der linken Gesichtshälfte mit Schmerz. Ausstrahlend bis ins Auge und Ohr. Von der HNO-abteilung überwiesen wegen eines Tumors, der in der li. KH. festgestellt wurde.

Stat. localis: Hühnereigrosse Vorwölbung im linken Vestibulum in der Gegend fossa canina. Fehlen des unteren Orbitalbodens. Deutliche Veränderung des proc. frontalis und der apertura piriformis. Rechts submandibulär eine kirschgrosse Drüse, am oberen Sternocleidorand eine kleine Drüse tastbar. Es ist eine partielle Resektion mit anschliessender Bestrahlung vorgesehen, nachdem die Rö.-bestrahlung allein keinen Erfolg verspricht.

Röntgen: Destruktion der medialen und lateralen Kieferhöhlenwand, sinusitis max. rechts und sinusitis frontalis.

Operation: Schnitt nach Weber-Dieffenbach, Durchtrennen des os palatinum, des linken proc. alveolaris, des os maxillae und des linken Augenbodens. Ebenso Entfernen des linken unteren Kronenfortsatzes. Resektion der linken Nasenmuscheln. Unterbindung der art. max. interna. Thierschung vom Oberarm.

Diagnose: Parakeratotisch verhornendes Plattenepithelcarcinom, ausgehend von der Kieferhöhle.

Nachbehandlung: Da die Patientin häufig erbricht und keine Nahrung zu sich nehmen kann, werden Infusionen mit NaCl und Glukose durchgeführt. Linkes Auge stark entzündet, hat aber die volle Sehkraft. Dehiscence Stellen im medialen linken Augenwinkel. Gleichzeitig Auftreten eines Knotens im gleichen Bereich, der als Rezidiv gewertet werden kann. 2-malige Kobaltperleneinlage in den Kloss. Dann Rö.-bestrahlung. Bewegungseinschränkung des linken Auges. Resektionsprothese kann nicht mehr getragen werden, da die Schwellung im linken Orbitalbereich zunimmt. Sie erhält stattdessen eine mit Borwasser getränkte Mulleinlage. Komplikation durch eine rechtsseitige Parotitis.

Exitus letalis: 21.4.58 (4 Monate nach der Op.). Obduktion: Massives Ca.-rezidiv im Bereich der linken Orbita mit teilweisem Eindringen in die Schädelbasis. Todesursache: Kachexie mit Pneumonie.

FALL 41

Name: Eggerstorfer Marie-Theresia

geb.: 17.9.99

Geschlecht: weiblich

Alter bei der Operation: 58 a.

Operationsjahr: 1957

Krankengeschichte: 12.067.

Anamnese: Seit einem Jahr Nasenbluten. PE: polypöses Plattenepithelca. Anschliessend Röntgenbestrahlung und Besserung des Nasenblutens. In der letzten Zeit neuerliches Nasenbluten.

Stat. localis: Totale obere und untere Prothese. Kiefer unverändert. Inspektion der rechten Nasenöffnung zeigt innen ein rotes, leicht blutendes Gewebe, das fast die ganze Nasenöffnung einnimmt.

Röntgen: Röntgenologisch handelt es sich um eine sinusitis maxillaris und Ethmoiditis rechts.

Operation: Resektion des rechten Oberkiefers und der rechten Nasenwand. Typische Oberkieferresektion. Während der Operation Inspektion der Siebbeinzellen, die keinen veränderten Eindruck machen. Ebenso keine Veränderung im Stimbein.

Diagnose: Undifferenziertes Plattenepithelca. mit Kernpolymorphie und Mitosenreichtum. Nur geringes invasives Einwachsen in die Muschel.

Ausgang: Nase.

Prothet. Versorgung: mittels eines 2-teiligen Klosses.

Nachbehandlung: Keine Komplikationen. Die kirschgrosse Drüse, die submandibulär rechts bestanden hat, hat sich ohne Behandlung verkleinert.

Nachuntersucht: Am 28.6.60. Völlig intakte Resektionshöhle. Keine Gewebsneubildungen. Drüsen nicht nachweisbar. Prothesenfunktion gut. Bulbus gleich hoch. Augenbewegung nicht eingeschränkt.
Totale obere und untere Prothese.

FALL 42

Name: Reiter Josef

geb.: 12.2.1898

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 60 a.

Operationsjahr: 1958

Krankengeschichte: 13190.

Anamnese: Seit 4 Monaten dauernd Schmerzen, hauptsächlich beim Essen. Patient

- trägt deshalb seine obere totale Prothese nicht mehr.
- stat. loc.: Schleimhautbefund intraoral normal. Hypästhesie von V_2 und V_3 .
- Röntgen: Zahnfilm Oberkiefer zeigt keine patholog. Veränderungen. NNH: Linke Kieferhöhle ist diffus verschattet, rechte nur in den Randteilen.
- Operation: Diverse Kieferhöhlenspülungen, rechts negativ, links pos. In der HNO-abteilung Kieferhöhlenoperation links nach Luc-Caldwell. Der histologische Befund der Kieferhöhlenschleimhaut ergab ein Plattenepithelca. Vorstellung in der Rö.-abteilung und anschließende Operation: Eingang in der alten Schnittwunde und Excochleation des Tumors aus der KH. Resektion der unteren Nasenmuschel und anschliessend Anfertigung einer einteiligen Resektionshohlprothese, um bessere Bestrahlungsmöglichkeiten zu haben.
- Diagnose: In der eingesandten Kieferhöhlenschleimhaut kein maligner Tumor nachzuweisen, lediglich Granulationsgewebe. Es wurde scheinbar schon das ganze neoplastische Gewebe bei der ersten Operation entfernt. Plattenep. ca. der KH. links.
- Prothet. Versorgung: Einteiliger Resektionshohlkloss.
- Nachbehandlung: 13 Röntgenbestrahlungen und einmalige Kobalteinlage für 3 Stunden in den Kloss.
- Nachuntersucht: 2.5.60: Keine örtlichen verdächtigen Gewebsbildungen. Die seinerzeitige Operationshöhle überall glatt und epithelisiert. Keine cervikalen und submandibulären Drüsen. Totale obere und untere Prothese.

FALL 43

Name: Künz Ernst

geb.: 23.10.01

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 57 a.

Operationsjahr: 1958

Krankengeschichte: 13197.

- Anamnese: Vor 3 Wochen liess sich der Patient den letzten Zahn im rechten Oberkiefer ziehen. Dabei vermerkte der Zahnarzt an der Gingiva einen Knoten, den er excidierte und untersuchen liess. Ergebnis: Anaplast. Ca. der Gingiva. Zur weiteren Behandlung überwiesen.
- stat. loc.: Im Vestibulum rechts oben 7 findet sich ein flach erhobener Knoten in einem ca. 5-markstückgrossem veränderten Bezirk. Rechts submandibulär eine kirschgrosse, mässig harte, verschiebbliche Drüse.

- Röntgen: Die NNH-aufnahme zeigt eine Verschattung der rechten KH. Die laterale knöcherne Begrenzung ist zerstört. Der Enoralfilm zeigt eine Zerstörung des Tubergebietes.
- Operation: Resektion des rechten Oberkiefers mit Einschluss des knöchernen Orbitabodens.
- Diagnose: Undifferenziertes, solides Carcinom, ausgehend von der Kieferhöhle.
- Prothet. Versorgung: 2-teiliger Resektionskloss.
- Nachbehandlung: Der Patient klagt am Anfang über Doppelbilder. Etwas über ein Jahr nach der Operation findet sich im Bereich des resezierten Jochbeinstumpfes und lateral des rechten Augenwinkels eine Gewebsverhärtung, die wieder excidiert wurde und den Befund: Undifferenziertes, solides Carcinom erbrachte. Der bestehende Hautdefekt wurde durch einen Stirnlappen gedeckt. Röntgenbestrahlung mit 3.900 r. Ein in der rückwärtigen Wundhöhle der Orbita gelegener suspekter und excidierter Gewebsanteil wird untersucht und bringt den Befund: Unspezifisches Granulationsgewebe. Trotzdem weitere Bestrahlungstherapie, die jedoch auswärts durchgeführt wurde.
- Augenblicklicher Befund: Gute Prothesenfunktion. Augen frei beweglich. Bulbus auf gleicher Höhe. Keine lokalen Rezidive und keine Metastasen feststellbar.

Totale obere und partielle skelettierte untere Prothese.

FALL 44

Name: Habacher Therese
 geb.: 18.8.1889
 Geschlecht: weiblich
 Alter bei der Operation: 70 a.
 Operationsjahr: 1959
 Krankengeschichte: 11715.

- Anamnese: Seit 1940 leidet die Patientin unter Nasenlupus. Ab 1953 Radiumbestrahlungen. Seit 1957 wesentliche Vergrößerung. Es entstand ein Defekt.
- stat. loc.: Grosser Defekt, der die Nase, einen Teil der rechten Wange, die Oberlippe und den angrenzenden Teil des Alveolarfortsatzes erfasst. Ränder weisen blumenkohlartiges Wachstum auf und sind von derber Beschaffenheit. Der Alveolarfortsatz und der angrenzende Gaumen sind erweicht.
- Röntgen: Enoralfilm: Destruktion des Alveolarfortsatzes im Frontzahnbereich. Schädelgrosaufnahmen zeigen eine Verschattung der rechten Kieferhöhle.

Operation: Umschneidung des Tumors weit im Gesunden. Abtragung der Oberlippe. Entfernung des Alveolarfortsatzes im Oberkiefer bds. und Anschlagen der knöchernen Nase in der Höhe der Nasenwurzel. Kieferhöhlen werden mit Jodoformgaze austamponiert.

Diagnose: Histologisch ein parakeratotisch verhornendes Plattenepithelcarcinom. Ca. verbände bis an die Resektionsfläche reichend.

Ausgang: Nase.

Prothet. Versorgung: Resektionsprothese mit Gebissfedern.

Nachbehandlung: Nachoperation und Entfernung von suspekten Gewebsresten, um Radikalität zu gewährleisten. Gleichzeitig Drüsenausräumung submandibulär. Diagnose: Meta. eines parakeratotisch verhornenden Plattenepithelcarcinoms. 6 Monate nach der Resektion werden noch die submandib. Drüsen links ausgeräumt. Diagnose idem.

Endgültige prothet. Versorgung: Die obere Prothese wird an einem Kloss befestigt, der sich an den Resten des Nasenstumpfes und der Kieferhöhle abstützt. Daran wird eine äussere Kunststoffepithese angebracht, die an einem Brillengestell befestigt wird.

Nachuntersucht: am 8.7.60: Ehemalige Operationsfläche überall epithelisiert, keine suspekten Drüsen, keine lokalen Rezidive. Totale Prothesen.

FALL 45

Name: Sinzinger Otto
 geb.: 18.2.96
 Geschlecht: männlich
 Alter bei der Operation: 63 a.
 Operationsjahr: 1959
 Krankengeschichte: 11760.

Anamnese: Patient steht wegen der linken Kieferhöhle seit einem Jahr in Behandlung. Kann keine Angaben über den Anfang der Beschwerden machen. Vor 2 Monaten wurde eine Punktion der Kieferhöhle durchgeführt. Daraufhin trat eine Schwellung der linken Wange auf, die sich seit dieser Zeit vergrößert. Eine auswärtige PE verlief negativ. Überweisung.

Stat. localis: Vorwölbung der linken Wange, die in der apertura piriformis ebenfalls sichtbar wird. Starke Schmerzen, stink. Sekret aus dem linken Nasenloch. Das linke Vestibulum ist von 1-4 vorgewölbt. Pseudofluktuat.

Röntgen: Linke Kieferhöhle in der knöchernen Umrandung intakt. Ansonsten verschattet. Enoralfilm: Alveolarfortsatz der Gegend links oben 3:

Oberer und vorderer Anteil der Kieferhöhle nicht verändert.

Operation: Vor der Operation Vorstellung in der HNO: Tu. der linken Wange, der sich gegen das Naseninnere vorwölbt und der die linke Nasenseite fast völlig verschliesst, dabei erscheint jedoch die Schleimhaut überall intakt und nirgends exulceriert.

Operation: Resektion des linken Oberkiefers. Dabei zeigt sich, dass der Tu. im vorderen und lateralen Anteil der Nasenwand gelegen ist.

Diagnose: Sichere histologische Diagnose nicht durchführbar, jedoch wahrscheinlich ein anaplastisches Carcinom, von der Nase ausgehend.

Prothet. Versorgung: Einteilige Resektionsprothese.

Nachbehandlung: Patient kann mit der Prothese schlecht umgehen und hält schlecht. Anbringung einer Gebissfeder. Darauf Besserung. Dehiscente Stelle am lateralen Nasenflügel wird plastisch gedeckt.

Augenblicklicher Befund: Operationshöhle nicht suspekt. Keine Drüsen. Linker Bulbus ist etwas tiefer. Normale Sehschärfe. Totale Prothese.

FALL 46

Name: Heim Josef

geb.: 6.2.03

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 56 a.

Operationsjahr: 1959

Krankengeschichte: 12875.

Anamnese: Seit 14 Tagen Schwellung unter dem rechten Auge. Druckstellenentfernung an der oberen Prothese. Besserung. Bald neue Schwellung am lateralen Nasenflügel. Gleichzeitig Fistel am Gaumen.

Stat. loc.: Im vorderen Anteil des harten Gaumens ist die Schleimhaut etwa 5-markstückgross vorgewölbt und zeigt an dieser Stelle einige punktförmige Fisteln. Am rechten Alveolarfortsatz fehlt von 1-6 die knöchernen Unterlage. Vestibulär ein ca. 2 cm langes ulcus mit erhabenen Rändern. Rechts submandibulär eine ca. kirschgrosse Drüse, die gegen die Unterlage nicht verschieblich ist, jedoch gegen die Haut. Konsistenz hart.

Röntgen: NNH. Rechte Kieferhöhle ist weniger luftdurchlässig als die linke. Enorafilm: Der Alveolarfortsatz von 2-4 ist teilweise zerstört. Die Begrenzung ist unregelmässig.

Operation: Resektion des rechten Oberkiefers mit Belassung der cranialen Kieferhöhlenwand, die einen gesunden Eindruck macht. Gleichzeitig Drüsenausräumung rechts.

Diagnose: Diagnose auf Grund eines während der Operation angefertigten Schnellschnittes als: Plattenepithelcarcinom verifiziert. Ausgangspunkt: Kieferhöhle.

Prothet. Versorgung: Einteiliger Resektionskloss.

Nachbehandlung: Komplikationslose Heilung. Keine Drüsen und Rez. bisher nachweisbar.

Totale obere Prothese.

FALL 47

Name: Eitzenberger Franz
geb.: 19.2.89
Geschlecht: männlich
Alter bei der Operation: 71 a.
Operationsjahr: 1960
Krankengeschichte: 12939.

Anamnese: Im Herbst vergangenen Jahres bemerkte der Patient Luftmangel. Ging zu einem HNO Facharzt, der eine PE vornahm mit der Diagnose: Plattenepithelca. Patient wurde daraufhin in ein Krankenhaus geschickt, lehnte jedoch jede Behandlung ab. Seit 2 Monaten nun Eiterentleerung aus der Gegend der fossa canina, ebenso aus der Nase (rechts).

stat. loc.: Druckschmerz in der Gegend der fossa canina. Sonst kein auffälliger Befund. Schlecht verschiebliche, vergrößerte Lymphknoten submandib. rechts.

Röntgen: Rechte Kieferhöhle etwas weniger luftdurchlässig als die linke, knöcherne Begrenzung erhalten.

Operation: Typische Oberkieferresektion rechts.

Diagnose: Rudimentär verhornendes Plattenepithelcarcinom. Ausgang wahrscheinlich von der Nase.

Prothet. Versorgung: 1-teiliger Resektionskloss.

Nachbehandlung: Der Patient klagt über Doppelbilder, die nach Entfernung der Prothesendruckstellen verschwinden. 3 Monate nach erfolgter Operation tritt eine suspekte Veränderung im Gebiet des proc. pterygoideus auf, ebenso an der med. Begrenzung des weichen Gaumens. Wird excochleiert und histologisch untersucht mit der gleichen Diagnose wie oben. Patient steht nun unter Bestrahlungstherapie. Cobalt und Röntgenbestrahlung.

Augenblicklicher Zustand: Patient ist im rechten Auge amaurotisch. Rechts frontal eine Hypästhesie. Rechter Bulbus etwas tiefer als der linke. Übergreifen des Neos auf die linke Alveolarfortsatzhälfte. Patient

in schlechtem Allgemeinzustand. Steht teilweise unter Heptadon.

Exitus letalis: August 1960. Obduktion: Lungenmetastasen.

FALL 48

Name: Pröll Franz

geb.: 17.12.93

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 67 a.

Operationsjahr: 1960

Krankengeschichte: 13.000.

Anamnese: Seit 6 Monaten bemerkt der Patient eine Schwellung rechts submandibulär. Sie verging und kam dann immer wieder. Seit neuer Zeit auch eine Schwellung im Bereich des Kiefers und der Wange. Seit einem Monat immer Kopfschmerzen.

stat. loc.: Enoral im Bereich des proc. alveolaris eine hühnereigrosse Vorwölbung, die sich auch gegen die Gaumenmitte hin verschiebt. Weiche Konsistenz, Fluktuation. Vestibul. eine Inzisionsstelle, aus der Eiter und nekrotische Massen hervorquellen. Schwellung der Wange reicht bis zum unteren Augenlid und nach medial bis zur Nase. Subman. pflaumengrosse Drüse.

Röntgen: Diffuse Verschattung der rechten Kieferhöhle, ebenso der Stirnhöhle. Knöcherne Umrandung auf der NNH.-aufnahme o.B. Enoralfilm zeigt eine Destruktion des Alveolarfortsatzes in der Gegend rechts oben 4.

Operation: Oberkieferresektion mit Resektion eines grösseren Teiles des Augenhöhlenbodens. Mitentfernung des Wangenulcus und anschliessend Dekkung mit einem Stirnhautlappen. Lymphdrüsenauräumung unterbleibt, da dem Patienten kein grösseres Trauma zugemutet werden kann.

Diagnose: Parakeratotisch verhornendes Plattenepithelcarcinom, ausgehend von der Kieferhöhle, mit reichlich Mitosen.

Prothet. Versorgung: 2-teiliger Resektionskloss. Relativ guter Halt.

Nachbehandlung: Patient erbricht des öfteren. Infusionen. Stuhl und Blut vermengt. Internistischer Befund lautet auf Exsiccose. Plastische Deckung des Wangendefektes. 1 1/2 Monate nach der Resektion werden die regionären submandibulären Drüsen exstirpiert. Diagnose: Parakeratotisch verhornendes Plattenepithelcarcinom.

Augenblicklicher Befund: Keine verdächtigen Stellen in der Operationshöhle. Keine weiteren Drüsenmetastasen. Bulbus auf gleicher Höhe. Auge normal-sichtig und frei beweglich.

Neuerliche Einlieferung im Monat August 1960. Patient ist äusserst geschwächt. Kann die Prothese nicht mehr tragen. Künstliche Ernährung

mittels Glukoseinfusion. Ausgedehnte Rezidive im Larynx. Auf Wunsch der Angehörigen Entlassung aus stationärer Behandlung.

Exitus: 6 Monate nach der Operation. Todesursache: Kachexie durch 6 Monate nach der Operation aufgetretene Rezidive.

FALL 49

Name: Gruber Franz

geb.: 25.1.04

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 56 a.

Operationsjahr: 1960

Krankengeschichte: 13088.

Anamnese: Seit 4 Monaten Schmerzen in der linken Gesichtshälfte. Vor 3 Wochen eine Grippe sinusitis. KH. wurde gespült = positiv. Keine Besserung. Anschliessend Aufkommen einer Schwellung am linken Unterlid.
stat. loc.: Oral kein besonderer Befund. Lediglich geringe Schwellung des linken Unterlides.

Röntgen: Verschattung der linken Kieferhöhle.

Operation: In Tubation wird die Kieferhöhle eröffnet und ein Tumorstück zur histologischen Schnelluntersuchung geschickt. Ergebnis: Plattenepithelcarcinom. Danach: Radikalop. mit Schnitt nach Weber-Diefenbach. Während der Operation stellt sich heraus, dass der Tumor schon einen Teil des knöchernen Augenhöhlenbodens durchbrochen hat. Entfernung des periorbitalen Weichgewebes. Nun hat man den Eindruck, dass die Resektionsschnitte im Gesunden verlaufen sind.

Diagnose: Plattenepithelcarcinom von wechselnder Differenzierung, reich an polymorphen Kernen und Mitosen.

Ausgang: K. H.

Prothet. Versorgung: 2-teiliger Kloss.

Nachbehandlung: Der Patient klagt sofort im Anschluss an die Op. über Doppelbilder, die sich nach Entfernung des Stentsklosses und Kürzung desselben bessern.

2 Monate nach der Operation kommt der Patient mit einer zunehmenden Schwellung des linken Augenlides neuerlich in stat. Behandlung. In dem betreffenden Gebiet intraoral sieht man suspekta Gewebsneubildungen, die excochleiert werden. Diagnose: Parakeratotisch verhorntes Plattenepithelcarcinom. Patient steht nun unter intensiver Bestrahlung. (Rö.).

Name: Birngruber Johann

geb.: 11.7.01

Geschlecht: männlich

Alter bei der Operation: 59 a.

Operationsjahr: 1960

Krankengeschichte: 13244.

Anamnese: Patient klagt seit 3 Monaten über Schmerzen im Bereich des rechten OK. Alveolarfortsatzes. Es wurden 3 Zähne ex. Keine Besserung. Von einem HNO Facharzt wegen Ca.-Verdacht überwiesen.

Stat. loc.: Bei intraoraler Betastung der vestib. Gegend re. oben 3-7 Auslösung eines Druckschmerzes. Keine Knochenveränderungen. Extraoral: Normale Sehschärfe, rechtes Auge leicht tränend. In der rechten Nasenmuschel Ulceration.

Röntgen: NNH: Rechte Kieferhöhle etwas verschattet. Knöcherne Umrandung normal. Lediglich im unteren nasalen Anteil etwas unklar.

Operation: Vor der Oberkieferresektion Entnahme von Tumormassen aus dem Nasengang. Histologische Untersuchung positiv. Oberkieferresektion rechts in der typischen Weise mit Durchtrennung des harten Gaumens in der Mittellinie und Absetzen des Oberkiefers an dem Jochbeinansatz. Da der Tumor schon weit bis an die Schädelbasis vorgedrungen ist, ist es nicht mehr möglich, die Resektion nach cranial im Gesunden vorzunehmen. Revision der Keilbeinhöhle: Eitriger Ausfluss. Siebbeinzellenrevision zeigt, dass diese vom Tumor schon durchwachsen sind. Freilegung eines kurzen Stückes der Dura. Mit Jodoformgaze tamponiert.

Diagnose: Rudimentär verhornendes Plattenepithelcarcinom, ausgehend von der Kieferhöhle.

Augenblicklicher Zustand: Patient etwas geschwächt. Soll in den nächsten Tagen zur Bestrahlungstherapie. Prothese noch nicht eingesetzt. 2 Monate Excochleation aus der Orbita = pos.

VORBEMERKUNG ZUR STATISTISCHEN AUSWERTUNG

Die anschliessende Statistik ist nach folgenden Gesichtspunkten erstellt:

1. Altersmässige Aufschlüsselung
1a) und 1b): Altersmässige Aufschlüsselung getrennt nach Geschlechtern
2. Anamnestische Aufschlüsselung der Fälle
3. Röntgenologische Auswertung
4. Zahlenmässige Erfassung des Ausgangsortes der Neoplasmen
5. Histologische Diagnosen in Prozenten
6. Regionäre Drüsenbefunde
7. Operativer Verlauf
8. Zusammenstellung der postoperativen Komplikationen
9. Postoperative Rezidive
10. Ergebnisse der Totenbeschau
11. Ergebnisse der Nachuntersuchung
12. Einheitliche Behandlungsmethoden aller Fälle

STATISTISCHE AUSWERTUNGEN

1. Hinsichtlich des Alters:

Die zugrundeliegenden 50 operierten Fälle teilen sich altersmässig wie folgt auf:

Alter	Fälle	%
40 - 49	6	12
50 - 59	17	34
60 - 69	17	34
70 - mehr	<u>10</u>	<u>20</u>
	50	100 %

Die Aufteilung in Männer und Frauen ergibt:

a) Männer wurden operiert 37, das sind 74 % (einschliesslich Fall 32 mit 2x iger PE.)

Alter	Fälle	%
40 - 49	5	13,5
50 - 59	13	35,1
60 - 69	13	35,1
70 - mehr	<u>6</u>	<u>16,2</u>
	37	99,9 %

b) Frauen wurden operiert 13, das sind 26 %

Alter	Fälle	%
40 - 49	1	7,6
50 - 59	4	30,4
60 - 69	4	30,4
70 - mehr	<u>4</u>	<u>30,4</u>
	13	98,8 %

Aus den vorausgegangenen Berechnungen ergibt sich eine Verhältniszahl von Männern zu Frauen = 37 zu 13 oder 2,84 : 1.

2. Anamnestisch gaben die Patienten Beschwerden an seit:

1-2 Monate	3-4 Monate	5-6 Monate	7-9 Monate	10+ mehr Monate
16 Fälle	8 Fälle	9 Fälle	4 Fälle	12 Fälle

1 Fall konnte anamnestisch nicht ausgewertet werden.

3. Röntgenologische Auswertungen:

Normaler Kieferhöhlenbefund	1 Fall
Kieferhöhlenverschattung	15 Fälle
KH.-verschattung mit circumskripten	
Knochendestruktionen	33 Fälle
ohne Röntgenbefund	<u>1 Fall</u>
	50 Fälle

4. Den Ausgang nahmen die Neoplasmen:

Nase	9 Fälle	oder	18 %
Kieferhöhle	30 Fälle		60 %
Alveolarfortsatz	<u>11 Fälle</u>		<u>22 %</u>
	50 Fälle		100 %

Ätiologische Besonderheiten:

- a) Ätiologisch basierte ein Kieferneoplasma auf einer Kieferhöhlenkontrastfüllung, die im Jahre 1946 vorgenommen wurde. Kontrastmittelreste fanden sich noch im Jahre 1953 bei der Oberkieferresektion, obwohl schon 1951 die entsprechende KH. radikaloperiert wurde. Gefüllt wurde die Kieferhöhle mit Thorotrast (Fall 22).
- b) Ein zweites Oberkieferneoplasma entwickelte sich ebenfalls auf der Basis einer Thorotrast-Kieferhöhlenfüllung, die im Jahre 1940 gemacht wurde. Es bestand eine Latenzzeit bis 1951. Bei der Oberkieferresektion im Jahre 1951 fanden sich noch aktive Reste in der Kieferhöhle vor (Fall 15).

5. Histologische Diagnose der entfernten Tumoren:

a) Verhornende Plattenepithelkarzinome	29	-	58 %
b) Nicht verhorn. Plattenepithelkarz.	5		10 %
c) Anaplastisches Karzinom	1		2 %
d) Solide Karzinome	6		12 %
e) Medulläres Karzinom	1		2 %
f) Adenokarzinome	2		4 %
g) Krebsig entartetes Papillom	1		2 %
h) Hämangioepitheliom	1		2 %
i) Grosszelliges Rundzellensarkom	1		2 %
k) Ohne histologische Diagnose	3		6 %
	50		100 %

6. Positive palpatorische Drüsenbefunde ergaben sich bei der Aufnahme:

	24 Fälle
davon wurden operativ entfernt:	
	8 Fälle
bestrahlt	
	11 Fälle
Rückbildung bzw. stat. idem ohne Behandlung:	
	4 Fälle
totale Verkäsung	
-	1 Fall

7. Operativer Verlauf:

a) Komplikationslos verlief die Operation in	47 Fällen
b) Komplikationen in	3 Fällen

ad b) Als Komplikation während der Operation trat in 3 Fällen eine Duraeröffnung auf, die durch Tamponade mit hochprozentiger Jodoformgaze zur Ausheilung gebracht wurde. 1 Duraeröffnung verlief postoperativ letal. Die in diesem Falle hinzugetretene Meningitis wurde 8 Wochen mit hohen Antibiotikagaben unter Kontrolle gehalten.

8. Postoperative Komplikationen:

Angeführt werden hier nur die Komplikationen, die nicht durch örtliche Rezidive verursacht wurden.

<u>Komplikation</u>	<u>Behandlung</u>
Kieferklemme durch Narbenschwumpfung	Dehnung (Wärme) Proth. Zug
Hypotonie + Schwächezustand	Bluttransfusion
Osteolyse der cervikalen H.W.S. (Meta.)	Behandlung abgelehnt-ex.
Blutdrucksturz	Stroph. + Noradrenalin
Erysipel	Sulfonam. + antibiotisch
Zyanose	Sauerstoffbeatmung
Doppelbilder	Prothesenkorrektur
Hornhautabszess	Enukleation
Blutung aus der art. palatina	Drucktamponade
Exophthalmus	Prothesenkorrektur
Atemnot auf zentraler Basis	interne Behandlung
Hämaturie	urologische Behandlung
Erbrechen der aufgenommenen Nahrung	Glukoseinfusion
Blutiger Stuhl durch Exsiccose	hohe Flüssigkeitsgaben
Meningitis durch Duraeröffnung	Antibiotika - exitus

9. Rezidive des entfernten Tumors:

Zugrunde liegen die Fälle, bei denen die Operation makroskopisch radikal erfolgte.

Krankenfall	Auftreten des Rezidivs nach
6	3 Monaten
8	3 Monaten
13	2 Monate
15	4 Monate
17	2 Monate
24	4 Monate
26	2 Monate
33	1 Monat
39	1 Monat
43	1 Jahr
47	3 Monate
48	4 Monate
49	2 Monate

10. Fernmetastasierungen auf Grund von Obduktionen und Totenbeschauen wurden festgestellt:

a) Lungenmetastasen	4mal	(Fälle: 19, 23, 34, 47)
b) Kardiametastase	1mal	(Fall: 18)
c) Lebermetastase	1mal	(Fall: 16)
d) Wirbelsäulenmeta.:	1mal	(Fall: 11)

11. Ergebnisse der Nachuntersuchung:

In den Jahren 1946 bis 1957 wurden 41 Patienten operiert. Davon konnten nachuntersucht werden:

	11 Patienten (26, 7%)
a) Beschwerde- und rezidivfrei über mindestens 3 Jahre waren: (einschl. d. Pat. mit auswärtiger Nachuntersuchung)	13 Patienten (31, 6%)
b) Beschwerde- und rezidivfrei über mindestens 5 Jahre waren: (einschl. d. Pat. mit auswärtiger Nachuntersuchung)	10 Patienten (24, 3%)

Spezielle Ergebnisse der Nachuntersuchung:

Die lokale Inspektion der Resektionsflächen ergab nirgends eine suspekte Veränderung. Die ehemaligen Wundflächen waren überall glatt epithelisiert. Epithelfreie Stellen wurden nirgends beobachtet. Das Prothesenmaterial, es wurden ausschliesslich Kunststoffprothesen verwendet, wurde von der Schleimhaut reaktionslos vertragen.

Die äussere Schnittführung nach Weber-Dieffenbach hinterliess in keinem Fall entstellende Narben.

Prothetische Versorgung: Bei 8 Patienten 2-teilige Resektionsprothesen. Davon gleichhoher Bulbusstand bei 5 Patienten. Bulbus auf der resezierten Seite etwas abgefallen bei einem Patienten. 1 Fall nicht untersuchbar, da anschliessend an die prothetische Versorgung Exenteratio erfolgte. Bei 2 Patienten wurde die 2-teilige Prothese nachträglich in eine 1-teilige umgebaut. In einem Fall fand dies nach einem Jahr statt und im 2. Fall nach 11 Jahren. Der Bulbus blieb auch dann auf gleicher Höhe. 1 Patient wurde primär mit einer 1-teiligen Prothese versorgt. Der Bulbusstand war dabei nicht auf gleicher Höhe. In 2 Fällen wurden Obturatoren angewandt.

Die 2 geteilte Prothese wird deshalb mit Vorzug verwendet, weil das Wechseln der Prothese dem Patienten dadurch weniger Beschwerden macht, wohingegen 1-teilige Prothesen oft im cranialen Anteil gekürzt werden müssen, da im Anschluss an Operation und Bestrahlung oftmals Kieferklemmen auftreten und dadurch das Wechseln der Prothese erschwert wurde. Bei den nachträglich in einteilige Prothesen umgebauten Klössen trat keine Bulbusveränderung auf, da bereits Narbenzüge das Auge in seiner neuen Lage fixierten.

12. Gleichheiten in der Behandlung aller Fälle:

- a) Prämedikation: Vor der Operation wurden die Patienten mit SEE und Atropin vorbereitet.
- b) Narkose: In Anwendung kam fast in allen Fällen die Intubationsnarkose. Normale Blutverluste während der Narkose und der Operation wurden mit physiologischer Kochsalzlösung ausgeglichen. Bei grösseren Blutungen kamen Blutkonserven in Anwendung. In den wenigen Fällen, in denen in Lokalanästhesie operiert wurde, erfolgte die Betäubung am foramen rotundum und durch lokale Umspritzung.
- c) Operative Technik: Bei Totalresektionen wurde ausschliesslich nach der Schnittführung von Weber-Dieffenbach operiert. Es handelt sich hierbei um einen Vertikalschnitt in der Nasolabialfalte, einem anschliessenden Nasenrandschnitt und einem horizontalen Infraorbitalschnitt. Andere Schnittführungen (Kocher, v. Langenbeck und Velpéau) wurden wegen der schlechteren kosmetischen Erfolge nicht angewandt. Die Abtrennung der Wangenweichteile erfolgte in den meisten Fällen elektochirurgisch, allein schon wegen der besseren Blutstillungsmöglichkeit. Nach Abklappen des Weichteillappens mitsamt den Endästen des nerv. facialis erfolgte eine Ablösung des vorderen Randes des musc. masseter. vom Jochbogen. Darauf erfolgte Durchtrennung der festen Knochenanteile mit dem Meissel. Anschliessend erfolgte Durchtrennung des harten und weichen Gaumens. Mit der Knochenzange schloss sich jeweils die Entfernung des harten Gaumens an. Grössere Weichteil- und Schleimhautverluste wurden intraoral mittels Thierschlappen gedeckt. Im Anschluss daran erfolgte entsprechende Weichteilvernähung und Abformen der Wundhöhle mittels Stents. Darauf wurde die vor der Operation angefertigte Prothese aufgesetzt. Die Fixation dieses Stents-Prothesenklosses erfolgte entweder am vorhandenen Restgebiss oder durch Drahtnaht am belassenen zahnlosen Kiefer.
- d) Postoperative Versorgung: Nach Entfernung der Weichteilnähte, jedoch vor der endgültigen Vernarbung des Operationsgebietes, wurde der jeweilige Stentskloss durch einen definitiven Paladonkloss ersetzt.

Fast alle Patienten stand postoperativ 8 - 10 Tage unter Penicillinbehandlung. Gespritzt wurde ein Penicillin-Streptomycin Kombinationspräparat.

Ein exakter Vergleich ist deshalb schwierig, weil in fast jeder Statistik ein anderes Einteilungsprinzip zugrunde gelegt ist und weil die Zahl der zusammengestellten Fälle stark auseinanderweicht. In vielen Statistiken wird überhaupt auf ein Einteilungsprinzip verzichtet.

Weiterhin fehlen meist exakte Angaben hinsichtlich der kombiniert operativen-bestrahlenden Behandlung.

Die unterschiedlichen Werte in der Literatur mögen zum Teil darauf basieren, dass nach BAUER nicht nur das Alter der Patienten für eine dauernde Sanierung von ausschlaggebender Bedeutung ist, sondern dass da auch landschaftliche Faktoren bedeutungsvoll sein können. So sollen nach seiner Ansicht Seeleute und Landarbeiter vielfach eher von malignen Neoplasmen befallen werden als Personen anderer Stände. Derartige Annahmen decken sich nicht mit unseren Untersuchungen. Unser untersuchtes Krankengut setzte sich aus allen Bevölkerungsschichten zusammen.

Die höhere Sterblichkeit der Karzinompatienten mit zunehmendem Alter darf nicht allein auf die Erkrankung als solche geschoben werden, sondern ist vielmehr zu einem nicht zu unterschätzenden Teil dadurch bedingt, dass der postoperative Verlauf des Krankheitsbildes stark von der allgemeinen Gesundheitslage der meist älteren Patienten abhängig ist. Die enorm hohen Heilungsziffern mancher Autoren mögen sich vielleicht dadurch erklären, dass von ihnen nur ein ausgesuchtes Krankenmaterial behandelt wurde, während die schon bei der Aufnahme fortgeschrittenen Fälle einzig und allein der Bestrahlung zugeführt wurden. Auch der Zeitpunkt, von dem ab man nach durchgeführter Behandlung und bei einem symptomfreien Intervall von einer endgültigen Heilung sprechen kann, ist sehr verschieden. Während in den neueren Statistiken eine Grundlage von 3-5 rezidivfreien Jahren als Minimum für einen Dauererfolg angenommen werden, gaben sich ältere Autoren schon mit einem 1-jährigen Erfolg zufrieden (HARMS).

Nach HEGENER kann man von einem Behandlungserfolg schon dann sprechen, wenn die Rezidivfreiheit bzw. die Lebensverlängerung und die Erwerbsfähigkeit der Patienten mehr als ein Jahr beträgt. Dieser Meinung schlossen sich auch die Autoren: PERTHES, KLEESTADT und NEW an, die Rezidive schon gegen das Ende des ersten postoperativen Jahres auftreten sahen. Die französischen Kieferchirurgen JAKUES und GAUDIER sehen in der Behandlung von Oberkieferneoplasmen generell eine höhere Heilungsquote, die sie dadurch begründet haben wollen, dass durch die schlechtere Lymphversorgung des Oberkiefers schon von vornherein eine geringere Malignität gegeben ist.

HOFER ist in diesem Punkt der Ansicht, dass durch das massive Verwachsensein des Oberkiefers mit den anderen Schädelknochen die Aussaat des Tumors erst später in die Lymphbahnen erfolgt. Dafür sprechen auch die Fälle, in denen keine Drüsenausräumung gemacht werden musste.

Auf der anderen Seite berichtet STEIN, dass von 13 Fällen, die er behandelt hat,

alle letal verliefen.

MERTENS veröffentlichte 1897 eine Statistik über Resektionen bei Ca. und Sa. erkrankungen. Bei seinen 53 Ca. fällen und 26 Sarkomerkrankungen, die im Oberkiefer auftraten, konnte er 16 mal eine 3-Jahresheilung erzielen. Diese 16 Fälle schlüsselten sich auf in 8 Carcinomfälle und 8 Sarkomfälle.

Die Chirurgen SAXEN und SEBILEAU melden 5 bzw. 7 % Dauerheilung ihrer an Oberkieferneoplasmen operierten Patienten. Allerdings findet sich in dieser Aufstellung kein Hinweis über die Länge der Beobachtungszeit.

HOLMGREEN operierte in den Jahren 1924 bis 1927 52 Oberkieferneoplasmen elektrokirurgisch und erzielte dabei in 23 Fällen Dauerheilung. Das rezidivfreie Intervall betrug bei ihm in 10 Fällen über 3 Jahre, in 13 weniger als 3 Jahre. Das Alter der Patienten lag in nahezu 50 % der Fälle zwischen 50 und 80 Jahren. Bei 14 rückfälligen Patienten trat das Rezidiv durchschnittlich nach 6 Monaten auf.

GREENE operierte 36 Oberkieferneoplasmen, von denen 12 durch 1-5 Jahre rezidivfrei blieben.

1929 gibt DENKER eine Übersicht von 31 kombiniert behandelten Oberkiefer- und Siebbeinzelltumoren. Er fand 17 % der Fälle über 2 Jahre rezidivfrei.

1931 publizierte HAUTANT 42 Fälle von Oberkiefer- und Siebbeintumoren. Davon blieben 31 % über 2 Jahre rezidivfrei.

Ebenfalls 1931 veröffentlichte PICHLER eine Statistik über eine Auslese von 125 Patienten unter 182 Fällen. Er fand 22 % der Kranken über 2 Jahre rezidivfrei.

1932 hat LÜSCHER 22 behandelte Fälle publiziert. Er fand ebenfalls eine 22 %ige Rezidivfreiheit über 2 Jahre.

ZANGE berichtet über eine ausserordentlich hohe Sanierungszahl. Er will dies darauf begründen, dass er vor jeder Oberkieferresektion grundsätzlich immer die Carotis externa unterbunden hat. Von seinen 52 Fällen, die in den Jahren 1932 bis 1940 an der Jenaer Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten operiert wurden, waren bei der Einlieferung 9 Fälle vergeblich vorbestrahlt. Nur 28 Fälle konnten operativ behandelt werden. 27 Kranke überschritten darnach die 5-Jahresgrenze ohne Rezidiv. Seine hohen Behandlungserfolge dürften sicherlich darauf beruhen, dass Zange streng zwischen den Fällen unterscheidet, die durch eine rein chirurgische Behandlung noch einen Erfolg versprechen, während die anderen Patienten nur der Bestrahlungstherapie zugeführt wurden.

Von ebenfalls sehr hohen Heilungsziffern schreiben die Chirurgen NEW und FIGI 1935 in einer Aufstellung der Karzinomfälle der Majo-Klinik in Rochester. 127 von 236 operierten Oberkieferneoplasmaerkrankten überschritten die 5-Jahresgrenze ohne Rezidiv. Das entspricht prozentuell 53 %. Nach Angabe der beiden Chirurgen hatte das Neoplasma jedoch vorwiegend einen guten Geschwulstsitz und nur 1/3 der Karzinome nahm seinen Ursprung von der Kieferhöhle. Davon wiederum waren nach dem gleichen Intervall 40 % ohne Rezidiv.

SZENDE veröffentlichte seine operativen Erfolge, die er im Anschluss an Oberkieferresektionen hatte, 1937. Er stützt sich dabei auf das Krankengut der Chirurgischen Universitätsklinik in Budapest. Seine 70 malignen Tumore nahmen

in 34 Fällen ihren Ursprung in der Kieferhöhle. 27 mal waren die Siebbeinzellen der Ursprung der Geschwulst. Den Oberkiefer resezierte Szende in 29 Fällen. Die Methode seiner Wahl bestand in einer kombiniert chirurgisch-strahlenden Behandlung. Bestrahlungen wurden 8 Tage nach der Operation eingeleitet. Bestrahlt wurde sowohl mittels Spickung als auch mit Röntgenbestrahlung. Erfolgsmässig verzeichnet er in seiner Statistik 7 Dauerheilungen bei einer symptomfreien Beobachtungszeit von 5 Jahren.

1944 berichteten RÜEDI und MINDER aus der OLR Klinik Bern über 27 Fälle von Tumoren der Nase und der Nasennebenhöhlen, die in den Jahren 1931 - 1940 behandelt wurden. Die Behandlung erfolgte teils kombiniert und teils nur durch Bestrahlung. Dabei waren 18 % der Fälle 2 Jahre rezidivfrei und 11 % 5 Jahre.

1948 veröffentlichte SZPUNAR 51 Fälle aus den Jahren 1945 bis 1948. 9 waren inoperabel und wurden nur palliativ behandelt. Von den übrigen 42 behandelten Fällen lebten nach 1 1/2 Jahren noch 27, das sind 64,5 %, davon aber nur 7 ohne Rezidiv.

Eine ausführliche Veröffentlichung liegt von PFANDER aus der Göttinger HNO-Klinik vor. Seine Fälle fielen auf die Jahre 1943 bis 1954. Er berichtet über 102 Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Die Alterseinteilung lag nach seiner Untersuchung mit 33 Patienten zwischen 60 und 70 Jahren. Männer und Frauen waren prozentuell gleich beteiligt. Histologisch diagnostiziert wurde in 76 Fällen ein Karzinom, in 17 Fällen ein Sarkom. Metastasen wurden bei der Aufnahme in 16 Fällen beobachtet. Die Metastasen beschränkten sich auf die submandibulären bzw. die vervikalen Lymphknoten. Mit Ausnahme von 2 Patienten wurden alle Patienten entweder rein operativ oder kombiniert behandelt, oder es wurde nur eine Strahlentherapie eingeleitet. 2 Patienten wurden einer Allgemeinbehandlung mit Ca 51, einem Isaminblauinjektionsmittel, zugeführt. Diese Methode versagte jedoch. 75 % wurden operativ behandelt. Ist der Tumor zu weit in das orbitale Gebiet vorgedrungen, so wird nach Pfander nicht mehr die Exenteratio durchgeführt, sondern primär bestrahlt. Auf die präoperative Carotisunterbindung, wie sie Zange fordert, wurde bei seiner Behandlung verzichtet. Soweit bestrahlt wurde, kam Röntgen und Radiumbestrahlung in Anwendung. Rezidivfrei über 5 Jahre waren nach Pfander 19 Patienten, bei denen die histologische Untersuchung ein Ca. ergeben hat.

1952 hat MOFFET 20 Fälle tabellarisch zusammengestellt. 35 % waren 2 Jahre, 10 % 3 Jahre ohne lokales Rezidiv.

1951 äusserte WINDEYER die Ansicht, dass der kombinierten Methode der Vorzug zu geben sei. Er buchte unter seinen Kranken in 22 % eine 5-Jahresheilung.

Aufschlussreich sind die Arbeiten der Franzosen; ENNUYER, LEROUX und BACLESSE aus der Fondation Curie in Paris. Leoux und Ennuyer haben 1951 104 Fälle von Tumoren des Oberkiefers und des Siebbeins zusammengestellt, die alle kombiniert behandelt wurden. 68 % lebten darnach mehr als 2 Jahre rezidivfrei,

36 % mehr als 3 Jahre und 31 % mehr als 5 Jahre. Diese Erfolge lassen sich hinsichtlich der Lokalisation wie folgt vergleichen:

Die Tumoren des Siebbeins zeigen in fast 50 % der Fälle die 3-Jahresheilung. Die Oberkiefertumoren mit cranialer Beteiligung zeigten die schlechtesten Ergebnisse. Die 3-Jahresheilung lag bei 10 %. Die eigentlichen Oberkieferneoplasmen zeigten in 33 % eine 3-Jahresheilung.

Die Behandlung erfolgte bei Tumoren ohne ausgedehnte Knochendestruktion kombiniert. Bei Beteiligung der Kieferhöhle und des Ethmoids erfolgte alleinige Bestrahlung, da die kombinierte Methode weniger Erfolg hatte.

Baclesse: Bei alleiniger Bestrahlung sind von 33 Fällen nur 7 Fälle 3 Jahre am Leben geblieben (Mit oder ohne Rezidiv). Bei kombinierter Methode lebten von 16 Fällen 8 mehr als 3 Jahre (mit oder ohne Rezidiv).

KRAFT beschreibt die Ergebnisse von 2 Oberkieferneoplasmen. Das eine Karzinom, es wurde frühdiagnostiziert, blieb 2 Jahre rückfallsfrei. Das andere, es handelte sich um zentrales Karzinom, kam 6 Monate nach der Operation zum Rezidivieren. Trotz intensiver Bestrahlung kam der Patient ad finem.

LORENZ sieht die Spitze der Karzinomerkrankungen zwischen 60 und 69 Jahren. Nach seinen Untersuchungen werden 2/3 aller Erkrankungen bei männlichen Individuen beobachtet. In seiner Behandlung untersucht er jedoch nicht nur Kieferkarzinome, sondern generell Kiefer- und Gesichtskarzinome. Nur die Hälfte der Kranken konnte operativ behandelt werden. Der Rest wurde der Bestrahlungstherapie zugeführt. Darüber liegen jedoch keine weiteren Angaben vor.

BRUN beschreibt 58 behandelte Fälle. Davon leben 12 Patienten, 46 sind gestorben. 6 von 40 Patienten blieben mehr als 5 Jahre ohne Rezidiv. 4 Jahre rezidivfrei blieben 8 von 44 Fällen. Die schlechtesten Erfolge ergaben sich bei Mitbeteiligung der KH., da in diesen Fällen meist schon die fossa pterygopalatina in Mitleidenschaft gezogen war. Ebenso lag oftmals eine Miterkrankung der Orbita vor.

RAINES & JAMES berichten über 16 Kieferhöhlenkarzinome. Bei ihrer operativen Behandlung wurde in der Regel die Schnittführung nach Weber-Dieffenbach angewandt. In der Regel wurden die Patienten mittels einer intrakavitären Einlage von Kobalt und radioaktivem Gold nachbestrahlt.

Eine prothetische Versorgung erfolgte 10 Tage nach der Operation. In einigen Fällen wurde zusätzlich unter Hochvolt-Bedingungen bestrahlt. Durchschnittlich wurde eine Herddosis von 7.000 r verabreicht.

Die beiden Autoren sahen die besten Dauererfolge bei radikaler operativer Entfernung des Tumors mit anschliessender Bestrahlung.

Die Literaturübersicht zur Behandlung der Oberkieferkarzinome wäre aber nicht vollständig, wenn nicht auf die prothetische Nachsorge eingegangen würde. Gerade nach Oberkieferteilresektionen kommt dem prothetischen Verschluss des Defektes eine hervorragende Bedeutung zu, da eine plastische Wiederherstellung kaum erfolgversprechend ist. Ausserdem kann durch die Resektionsprothesen sowohl sprachfunktionell als auch kosmetisch ein ausgezeichnetes Ergebnis erzielt werden.

KRAFT teilt die prothet. Versorgung in 2 Gruppen:

1. Immediatprothese, die unmittelbar nach Entfernung eines Kieferabschnittes an die Stelle des entfernten Teiles kommt und dessen Defekt ergänzt, um die Folgeerscheinungen, die sich aus der Resektion ergeben, zu verhindern.
2. Dauerprothese, die der funktionellen Wiederherstellung des Kiefer- und Kauapparates dient.

Für die Deckung des Defektes bestehen verschiedene Möglichkeiten, deren wichtigste von ERNST, PICHLER und SCHRÖDER angegeben wurden. Über den Zeitpunkt des Eingliederns der endgültigen Prothese bestehen die verschiedensten Meinungen. Pichler ist für das Einsetzen 14 Tage nach der Operation. Andere Autoren wollen nur dann den vollen Erfolg gesehen haben, wenn die definitive Prothese erst 2-3 Monate nach erfolgter Operation eingesetzt wird.

Am meisten anerkannt ist wohl die Forderung von PERTHES, der sich auf die Lehre von Bergmann und Sauer stützt, wonach das Ersatzstück erst nach vollendeter Wundheilung, aber zeitlich noch vor der Narbenschumpfung, eingegliedert wird. Dadurch wird speziell der postoperative Bulbusstand auf gleicher Höhe gehalten. Ein früheres Einsetzen der Prothese aus kosmetischen Gründen ist im allgemeinen nicht gerechtfertigt, da dadurch die Wundheilung gestört wird.

REHRMANN empfiehlt zur gleichhohen Bulbusstanderhaltung einen Drahtschlingenverband, der mesial durch die knöchernen Nasenanteile geht und lateral mit einer Drahtplättchennaht entweder an den Wangenweichteilen oder am Jochbeinstumpf befestigt wird.

HOFER ist der Ansicht, dass die Wundheilung der nach der Resektion entstandenen Wundflächen dadurch beschleunigt werden kann, dass Prothesen in die frische Wunde eingelegt werden. Ein Abguss der Wunde wird dabei mit einem Thiersch'schen Lappchen armiert. So erweist sich oft schon nach 5 oder 6 Tagen die Wundhöhle als epithelisiert und fähig, die endgültige Prothese aufzunehmen. Die Prothese ist so gefertigt, dass eine Kontrolle und Übersicht über die Wundhöhle jederzeit möglich ist.

Rezidive der Neoplasmen werden so frühzeitig erkannt. Radiumeinlagen in die meist zweigeteilte Prothese ermöglichen eine sachgemäße Nachbestrahlung. Nach HOFER erspart speziell die 2-teilige Prothese dem Patienten die oftmals entstellende Senkung des Bulbus oculi, da bei der 2-geteilten Prothese von vornherein eine genauere Abdrucknahme gewährleistet ist spätere Korrekturen, die durch das schwierige Aus- und Einbringen der einteiligen Prothesen entstehen, vermieden werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Den Untersuchungen liegen 50 Krankengeschichten der Jahre 1946 - 1960 der Kieferstation des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Linz zugrunde. Alle Patienten wurden dort behandelt.

Die meisten Karzinome entfielen auf die Altersgruppe zwischen 50 und 70 Jahren.

Die Verhältniszahl zwischen erkrankten männlichen und weiblichen Patienten lag bei 2,84 : 1.

60 % der Neoplasmen hatten ihren Ursprung in der Kieferhöhle, 22 % im Bereich des Alveolarfortsatzes, die restlichen 18 % nahmen ihren Ausgang von der Nase.

Bei 2 Oberkieferkarzinomen war vor Jahren eine Kieferhöhlenkontrastfüllung vorgenommen worden. Bei der Operation konnte im Tumorgewebe noch Kontrastmittel nachgewiesen werden, so dass ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Kontrastmittel und Tumorentstehung vermutet werden kann. Der eigentliche operative Verlauf war bei 47 von 50 Patienten komplikationslos. In 3 Fällen trat eine Duraeröffnung ein. Falls es zu einem Rezidiv kam, entwickelte sich dieses durchschnittlich schon 3 Monate nach der Operation.

Von den 41 behandelten Patienten der Jahre 1946 - 1957 blieben rezidivfrei:

mindestens 5 Jahre	10 Patienten	24,3 %
mindestens 3 Jahre	13 Patienten	31,6 %

L I T E R A T U R

- BACLESSE: Bull. du Cancer, Paris 36, 277 1949
- BAUER: Das Krebsproblem 1949
- BRUN: Die malignen Tumoren der Nasennebenhöhlen des Ober- und des Unterkiefers.
Med. Diss. Bern 1956.
- DENKER: Archiv für Ohrenheilkunde 1929
- GREENE: Zentralorgan für die gesamte Chirurgie Bd. 20
- HARMS: Die Ergebnisse der Oberkieferresektion. Beobachtungen der H.N.O. Klinik Münster von 1942-1950.
Med. Dissertation Münster 1951.
- HAUTAND: Ann. des Mal. de l'Oreille 1928.
- HAUTAND-MONOD: 3^e Congr. internat. Radiol. Paris 1931
- HOFER: Die frühzeitige Erkennung von bösartigen Neubildungen im Mund- und Kieferbereich.
Deutscher Zahnärztekalendar 1959.
- HOFER: Prothetische Versorgung bei und nach Oberkieferresektionen. Med. Welt 11/41.
- HOLMGREEN: Zeitschrift für Laryngologie 16/8 1928.
- KRAFT: Über die Kieferkarzinome, unter besonderer Berücksichtigung der in den Jahren 1944-1949 in der Chir. Universitätsklinik zu Marburg behandelten Fälle.
Med. Diss. Marburg 1951.
- KRANZ: Chirurgie des praktischen Zahnarztes. Ausgabe 1959.
- KRANZ: Klinische Zahnheilkunde und ihre Grenzgebiete.
3. Auflage 1946.
- LEROUX & ENNUYER: Ann. Otolaryng. Paris 68, 617, 1951
- LORENZ: Über die Tumoren des Mundes und der Kiefer.
Stat. Beiträge. Med. Diss. Leipzig 1952.
- LÜSCHER: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 1932.
- MOFFET: Journal Laryng. 66, 132, 1952.
- PERTHES: Verletzungen und Erkrankungen der Kiefer. 1932

- PFANDER: Archiv. für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde. Bd. 168/1955/56. Seite 133.
- PICHLER: Archiv für Chirurgie 1931.
- RÜEDI & MINDER: Pract. Oto-Rhino-Laryng. Basel 6/113, 1944.
- RAINES & JAMES: The management of cancer of the maxillary antrum. Zentralorgan für die gesamte Chirurgie 143/1956.
- STEIN: Archiv für klinische Chirurgie, Band 65.
- STRÜMPELL: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 24. Auflage 1922. Vogel-Verlag Leipzig.
- SZENDE: Monatsschrift für die Ohrenheilkunde. 73/772 1939.
- SZPUNAR: Acta oto-laryngologica. 36/317. 1948.
- WINDEYER: Ann. Roy. Coll. Surg. 8, 399, 1951.
- ZANGE: Rhinologische und plastische Operationen auf Grenzgebieten mit der Ophtalmologie und der Chirurgie. Thieme-Verlag Leipzig 1950.

Herrn Prof. Dr. Otto HOFER bin ich für die freundliche Überlassung des Themas sowie für die wertvolle Unterstützung und Hilfe bei der Durchsicht der Krankengeschichten und für die Übernahme der Korrektur zu tiefem Dank verpflichtet.

Herrn Prof. Dr. Dr. J. HEISS danke ich auf diesem Wege für die Übernahme des Referates.

LEBENS LAUF

Am 7. Februar 1935 wurde ich als eheliches Kind des Primararztes Dr. Hugo Liemer und dessen Ehegattin Hildegard, geb. Seidel, in Friedland/CSR geboren. Dort besuchte ich bis zum Jahre 1945 die Volksschule und kam anschliessend im Rahmen der Austreibung der Sudetendeutschen nach Micheldorf in Ober-Österreich. In Wels/O.Ö. besuchte ich von 1946 bis 1953 das dortige Bundesrealgymnasium und legte auch in dieser Schule meine Reifeprüfung ab. Von 1953 bis 1954 arbeitete ich in einem Metallwarenwerk in Micheldorf.

Im November 1954 immatrikulierte ich an der Münchener Ludwig-Maximilians-Universität und begann das Studium der Zahnheilkunde. Im Herbst 1956 legte ich daselbst mein zahnärztliches Physikum ab und begann anschliessend mit dem klinischen Studium. Am 17. 12. 1959 beendete ich mein zahnärztliches Staatsexamen. Von März 1960 bis Ende Juli 1960 war ich als Gastarzt in der kieferchirurgischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Linz tätig.

Seit Oktober 1960 arbeite ich als Volontärassistent in der kieferchirurgischen Abteilung der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in München. Mit 1. 3. 1961 wurde ich in eine Planstelle übernommen.



